

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

HERPÈS LARYNGE

Par le Dr **Louis SECRETAN** de Lausanne (1).

Il est en pathologie peu d'expressions employées dans des sens aussi divers que le mot d'herpès. Tandis que l'Ecole française désigne entre autres sous le terme d'affections herpétiques une sorte de diathèse dont les manifestations cutanées ne représentent qu'une partie des symptômes, l'Ecole allemande, au contraire, ne connaît pas la « diathèse herpétique », et réserve cette expression à une certaine catégorie de maladies des téguments. Mais là encore, quelle confusion !... Herpès zoster, herpès labial ou génital, herpès iris, herpès symptomatique, fièvre herpétique, voilà tout autant de subdivisions formulées par les auteurs et qui laissent dans l'esprit une incertitude complète sur la véritable essence de ce que, en dermatologie, l'on appelle herpès.

Mais serrons de plus près les doctrines en cours, nous verrons que cette confusion tient essentiellement à ce que, souvent sous une seule et même dénomination, l'on a confondu longtemps et l'on confond aujourd'hui encore la lésion cutanée avec la maladie primitive qui l'a causée : les auteurs distinguent en effet un *herpès symptomatique*, dans lequel la modification de la peau n'est qu'un accessoire et un *herpès essentiel* dont cette même modification est le symptôme prédominant, parfois même unique.

Nous trouvons donc toujours à la base de tout ce qui porte

(1) Travail présenté à la Société vaudoise de médecine, séance du 6 avril 1895.

le nom de « herpès » une même lésion anatomique grossière du derme. Cette lésion : c'est la *vésicule*, mais la vésicule réunie en groupes sur des surfaces cutanées hyperémiées, œdématisées et persistant quelques jours pour se dessécher bientôt en laissant à sa place une croûte brunâtre, qui finit par tomber.

Nous retrouvons la vésicule dans l'herpès symptomatique de la pneumonie ou de la méningite, comme dans l'herpès zoster ou dans l'herpès labial ou génital. Seulement, cette vésicule, qui paraît identique à l'œil nu, n'est pas toujours semblable à elle-même dans sa structure histologique. Unna (1) a pu distinguer dans des examens microscopiques, malheureusement trop rares, deux sortes de formations vésiculeuses : celle de l'herpès zoster dans laquelle la base de la vésicule est formée par un épiderme fort peu modifié, peu œdématisé, avec des vaisseaux peu dilatés ; celle de l'herpès facial et génital, dans laquelle, au contraire, l'épiderme se détache en totalité de la couche papillaire gonflée, dont les cellules, siège d'une inflammation qu'il appelle fibrineuse, sont agrandies, œdématisées, et les vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés.

L'histologie pathologique amène donc à différencier deux catégories de vésicules herpétiques, la vésicule du zoster d'une part, d'autre part celle de l'herpès facial et génital, que Unna place dans la même catégorie. Il ne distingue pas entre l'herpès symptomatique et l'herpès essentiel et paraît les considérer comme déterminant une seule et même lésion anatomique, car il dit que « le seul cas d'herpès facial qu'il ait eu l'occasion d'examiner provenait d'un malade qui avait succombé à une affection fébrile aiguë. » Pour l'anatomo-pathologiste, il s'agirait ainsi d'une seule et même lésion cutanée, et l'herpès symptomatique ne devrait pas être distingué de l'herpès essentiel.

Nous verrons plus loin, par l'analyse des deux cas d'herpès laryngé que nous avons observés, que la clinique ne serait vraiment pas éloignée de s'accommoder d'une semblable conception.

Si maintenant, nous examinons la question au point de vue

(1) In Lehrbuch der speciellen Anatomie, von Dr J. Orth. 1894, VIII, p. 450.

clinique, nous verrons que tous les auteurs ont mis à part l'herpès zoster, faisant avec raison de cette maladie une entité morbide bien définie, que les Français ont consacrée par le terme de « zona » et que la plupart des auteurs contemporains rattachent aux fièvres éruptives infectieuses, dont il présente la marche cyclique et l'immunité acquise par une première atteinte. Ce n'est point ici le lieu d'examiner en détail les nombreuses théories que la formation des vésicules dans le zona a fait naître : névrite périphérique, inflammation des ganglions, origine microbienne, etc. En effet, le zoster s'il atteint parfois la muqueuse buccale, à notre connaissance n'a jamais été observé dans le larynx ; il ne rentre donc pas dans le cadre de ce travail.

Restent les deux formes cliniques de l'herpès symptomatique et de l'herpès essentiel. La première est la plus connue, c'est cette poussée de petites vésicules cutanées que l'on observe le plus souvent à la face, rarement sur d'autres points des téguments externes, quelquefois aussi sur les muqueuses et qui accompagne certaines maladies fébriles aiguës, la pneumonie en première ligne, beaucoup plus rarement la fièvre typhoïde, la méningite, la malaria. L'herpès n'est ici qu'un symptôme, auquel quelques-uns ont voulu attribuer une signification pronostique, mais qui disparaît au second plan devant la maladie qu'il accompagne. Seule, l'éruption cutanée de l'herpès attire l'attention, et si ce dernier donnait naissance à quelque modification dans l'état général du malade, ce qui ne serait après tout pas impossible, cette modification à l'œil de l'observateur se noierait dans le flot montant des symptômes de l'affection primaire.

Toute autre est la symptomatologie de l'herpès dit essentiel. Il importe, croyons-nous, d'en distraire d'abord une partie des cas d'herpès génital, affection fréquemment déterminée par une irritation locale, de cause variée, de la muqueuse qui en est le siège et qui n'est ordinairement pas accompagnée de modifications dans l'état général. Il semble qu'il s'agisse alors d'un phénomène purement épidermique, analogue à cet eczéma des mains qui survient dans certaines professions, alors qu'un agent d'irritation mécanique ou chimique est en contact répété ou

prolongé avec l'épiderme. C'est du moins ce qui arrive le plus souvent. D'autres cas d'herpès génital, il est vrai, semblent au contraire se rattacher à la forme idiopathique. Les faits d'histologie pathologique rapportés par Unna en font foi.

L'herpès essentiel apparaît comme une entité morbide distincte; c'est une maladie aiguë, à début souvent brusque, accompagné parfois de frissons et de fièvre plus ou moins élevée ainsi que de malaises généraux, céphalées, vomissements, courbatures. Au bout d'un jour ou deux, l'éruption vésiculeuse apparaît, se localisant sur un ou plusieurs points de la surface cutanée ou des muqueuses. On la voit le plus fréquemment à la face, sur les lèvres, ou bien aussi, quoique plus rarement, sur les fesses, à l'an us, sûr les organes génitaux de l'homme et de la femme, sur la muqueuse buccale et pharyngée; elle est mentionnée enfin sur la muqueuse du larynx et sur la conjonctive. La vésicule n'est jamais isolée, elle forme des groupes clairsemés et se développe sur une surface des téguments enflammée et œdématisée. A ce moment la fièvre baisse, l'état général s'améliore. Les vésicules subsistent pendant trois ou quatre jours, puis se dessèchent, forment des croûtes brunâtres sur la peau, blanchâtres et lardacées sur les muqueuses, puis tombent en laissant après elles de légères dépressions épidermiques. Le malade est guéri dans l'espace de huit à quinze jours et sans jamais présenter de complications graves. Tel est l'herpès essentiel classique, affection que l'on observe quelquefois aussi sous la forme d'épidémies bénignes.

C'est à cette dernière forme, l'herpès idiopathique, que se rattachent presque exclusivement les cas d'herpès laryngé rapportés dans la littérature jusqu'à aujourd'hui. Ils ne sont pas fréquents du reste. Isambert, dans ses « Conférences cliniques sur les maladies du larynx » dit à la p. 317: « Nous ne connaissons encore aucun fait d'herpès proprement dit du larynx ». L'un des premiers publiés est de notre concitoyen, M. Rud. Meyer ⁽¹⁾ de Zurich; il date de 1879 déjà et concerne

(1) Die phlyctänuläre Stimmbandentzündung, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1879, 41.

une jeune fille de 18 ans, qui, au milieu d'une épidémie bénigne d'herpès labial, présenta une localisation laryngée avec symptômes généraux fébriles. Dès lors, plusieurs cas semblables ont été relatés : Beregszászy ⁽¹⁾, Stepanow ⁽²⁾, Krieg ⁽³⁾ en rapportent chacun plusieurs cas. Enfin, les traités didactiques les plus récents consacrent à leur tour quelques lignes à l'herpès laryngé. Si Morell-Mackenzie, Störk, Lennox Browne, Gottstein, Moure n'en font pas même mention, Bresgen en parle en passant, à propos du catarrhe aigu, dont l'herpès n'est à ses yeux qu'une forme plus intense.

Schrötter y voit le plus souvent aussi une simple exagération de l'état catarrhal du larynx, mais ajoute qu'il existe, à côté de cette forme vulgaire, un herpès laryngé vrai, plus rare encore que ne l'est l'herpès buccal et qu'on observe sur l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, les aryténoïdes et les processus vocaux. Moritz Schmidt, enfin, dans son excellent traité, étudie l'herpès laryngé avec plus de soin. Il le rapporte à des causes diverses, tantôt de nature nerveuse, tantôt d'origine microbienne. Il en décrit une forme aiguë, parfois idiopathique, parfois accompagnant d'autres maladies fébriles, telles que la pneumonie et le typhus, et une forme chronique à éruptions fréquemment répétées pendant des années, localisées essentiellement sur la langue, le voile et l'épiglotte et qu'il rapporte à la neurasthénie.

Si, maintenant, nous cherchons à dégager la pathologie de l'herpès du larynx des matériaux existants, voici quels sont les faits observés :

C'est une affection aiguë, survenant tantôt chez des individus sains, tantôt chez des sujets souffrant depuis longtemps de laryngite chronique. Parfois il est possible de la rapporter à un génie épidémique régnant, parfois, au contraire, elle reste sporadique. Le début en est ordinairement brusque, accompagné de manifestations fébriles plus ou moins intenses, frissons, température entre 38° et 40°, voire même davantage.

(1) *Wiener med. Presse.* 1879, 44.

(2) *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1885, p. 237.

(3) *Atlas der Kehlkopf krankheiten.* Stuttgart 1892.

Les symptômes généraux sont les mêmes que ceux de l'herpès cutané idiopathique que nous avons étudié au début de ce travail ; nous n'y reviendrons pas.

Quant aux manifestations laryngées, elles s'accusent dès le début par de l'enrouement ou de l'aphonie, des douleurs lancinantes qui peuvent être vives, parfois même de la dyspnée, et au laryngoscope par des symptômes d'inflammation aiguë de l'organe, rougeur, gonflement, œdème de telle ou telle portion du larynx, précédant d'un jour ou deux le développement des vésicules. Celles-ci sont peu nombreuses ; on en observe rarement plus d'une dizaine ; elles sont petites, de la grosseur d'un grain de mil, et très éphémères. Bientôt elles crèvent et forment sur la muqueuse rougie et gonflée de petites érosions recouvertes d'une croûte blanchâtre, adhérente, quelquefois hémorragique, qui tombe elle-même au bout de cinq à six jours, pour laisser à sa place une simple dépression de la muqueuse. L'éruption laryngée est quelquefois seule à se produire ; d'autres fois elle est accompagnée, précédée ou seulement suivie de manifestations cutanées ou pharyngées de même ordre, manifestations qui facilitent alors singulièrement le diagnostic.

Celui-ci n'est pas toujours facile au début et il offre, pour le médecin et pour son client, un intérêt sérieux. C'est de la diphthérie qu'il est le plus difficile de distinguer l'herpès laryngé : le début fébrile, les dépôts blanchâtres sur des érosions à fond quelquefois sanguinolent facilitent la confusion ; mais la distribution en général clairsemée des lésions, leur peu de confluence permettent le plus souvent de poser un diagnostic juste, qu'au besoin l'examen bactériologique pourrait confirmer.

Le pronostic de cette affection est absolument bénin, cela va sans dire.

Quant à son traitement, il consistera en inhalations désinfectantes (eau phéniquée diluée, eau boriquée), applications réfrigérantes, (glace, tubes de Leiter, pilules de glace) et repos au lit. Enfin, s'il y a lieu, l'on administrera un léger purgatif pour modifier l'état gastrique, parfois assez marqué.

Dans d'autres cas, plus rarement observés encore, les vési-

cules laryngées se développent au cours d'une maladie aiguë, de la pneumonie surtout, et ont alors la même signification que l'herpès labial.

C'est un herpès laryngé symptomatique, par opposition à l'herpès laryngé essentiel dont nous venons de parler.

En résumé, l'herpès du larynx n'est pas autre chose qu'une manifestation locale de la maladie des téguments qui porte le même nom et à laquelle on peut le rattacher, soit au point de vue de l'étiologie, soit au point de vue de sa marche, de ses symptômes et de son anatomie pathologique.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer dans notre service laryngologique à l'hôpital cantonal de Lausanne deux cas d'herpès laryngé, dont l'un se classe parmi les herpès idiopathiques et l'autre parmi les herpès symptomatiques, puisqu'il a marqué le début d'une pneumonie franche.

Voici ces deux observations :

obs. 1. — Desplands Aimé, 20 ans, charretier, entre, le 5 décembre 1892, dans le service de laryngologie de l'Hôpital cantonal de Lausanne, pour une laryngite catarrhale datant de 5 semaines. On constate au laryngoscope un certain degré de gonflement et de rougeur de la muqueuse laryngée, sans autres modifications pathologiques. Il en sort très amélioré le 27 décembre. Le 13 janvier, il revient à la consultation. Le 15, il rentre à l'hôpital. Il a voulu battre du blé et le lendemain survint une violente rechute de sa laryngite. Il est complètement aphone. Il se plaint de difficulté à la déglutition et a une fièvre assez vive. T. 38°,5. T. vespérale, 39°,2.

L'examen local montre une légère hypérémie des amygdales ; les cordes vocales sont rouges, épaissies.

Le 16, il n'y a plus de fièvre. La douleur à la déglutition subsiste. Il est survenu une éruption d'herpès labial, qui explique la fièvre d'hier.

Le 17, au soir, la fièvre reprend à 38°,3 ; le 18, au matin, l'examen au laryngoscope fait voir ce qui suit : pertes de substance superficielles, assez étendues, sur la surface supérieure des deux cordes vocales et dans leur moitié antérieure. A la base de la corde gauche, ulcération plus profonde, suivant le bord libre de la corde, qu'elle dédouble. A l'espace interaryténoïdien, fissure muqueuse ; érosions sur les deux aryténoïdes,

surtout à gauche. Ces diverses pertes de substance sont recouvertes d'un muco-pus jaunâtre.

L'examen minutieux des organes thoraciques n'y démontre aucune modification pathologique.

Le 21 janvier, je note une sensible amélioration dans l'état du larynx : les cordes ne sont plus lardacées, l'épithélium se régénère à leur surface antérieure ; dans leur tiers postérieur, elles sont encore érodées et présentent à leur bord libre, surtout à gauche, une série de petites érosions circulaires réunies en ligne. Il y en a également deux sur la corde droite. La muqueuse interaryténoïdienne est dégonflée, quoique encore rouge et recouverte de mucosités. Les aryténoïdes ne présentent plus les érosions des premiers jours ; ils sont moins enflés.

L'état général est meilleur, la fièvre baisse ; mais le patient a beaucoup pâli et maigri.

Le diagnostic inscrit sur la feuille de clinique porte à ce jour « *herpès laryngé.* »

Le 23 janvier : hier et avant-hier, fièvre rémittente. L'examen du thorax est toujours négatif. La rate n'est pas agrandie ; la langue est saburrale. Faiblesse et amaigrissement augmentent ; il y a de la constipation.

L'état local ne s'est guère modifié ; la corde droite paraît pourtant un peu plus gonflée et rouge. Sur la lèvre inférieure, une vésicule d'herpès assez grosse, déjà rompue. La voix est meilleure ; pas de toux.

Le 23, au soir, je constate une petite vésicule blanchâtre, avec liseré rouge ambiant et fond lardacé sous le cartilage de Wrisberg gauche.

Le 25 janvier, la fièvre a de nouveau baissé ; on voit encore fort bien la petite vésicule sous le cartilage de Wrisberg ; en outre, sous l'ary, il y en a une seconde plus grosse, également entourée d'un liseré rouge. A la base de la corde gauche, l'ulcération signalée plus haut s'est recouverte d'une croûte mellitique. Sur la portion correspondante de la corde droite, l'érosion semble se recouvrir d'un épithélium de nouvelle formation, d'un rouge vif. Sur le tiers antérieur des deux cordes, il y a toujours les mêmes érosions à fond lardacé. Les deux arys sont recouverts d'une muqueuse normale. Le larynx est anémié dans son ensemble et non point hypérémié. La fièvre baisse ; l'état générale est anémique.

Le 27 janvier, amélioration très sensible, comme état local et général. L'érosion sous-wrisbergienne a disparu ; les cordes

sont encore recouvertes d'un simple exsudat floconneux ; elles sont rouges, mais moins épaissies. A la base de la corde droite, l'ulcération s'est nettoyée et laisse voir un fond rosé de bonne nature. A la paroi postérieure du larynx, on voit maintenant, entre les deux aryténoïdes, les bords d'une ulcération également recouverte d'une croûte.

Sur les lèvres, les ulcérations herpétiques ne sont pas encore cicatrisées et ont tout à fait l'aspect d'aphtes.

Le 11 février, le larynx est à peu près revenu à l'état normal, sauf que les cordes vocales sont grisâtres et ponctuées de rouge. La voix n'est pas encore bonne. Le malade sort de l'hôpital et ne se présente plus à la consultation.

obs. II. — Brun Marc, employé à Lausanne, âgé de 59 ans, a été traité en policlinique pendant plusieurs semaines pour une sclérose auriculaire.

Le samedi, 15 décembre 1894, il travaille les mains dans l'eau. Vers 4 heures du soir, il constate qu'il a de la difficulté de la déglutition et ressent de vives douleurs en avalant sa salive ; il doit cracher beaucoup. Le lendemain, l'état local ne s'est pas amélioré, la salivation est toujours abondante et il est survenu de vives douleurs spontanées des deux côtés de la gorge ; en même temps, B. accuse un malaise général.

Le 17, au matin, B. se présente à la consultation gratuite de notre service laryngologique à l'hôpital de Lausanne ; il se plaint de vives douleurs à la déglutition. A l'examen, je constate une forte tuméfaction de l'épiglotte, qui est rouge, hyperémisée et ne permet pas de voir l'intérieur du larynx. Mais elle ne présente pas d'ulcération, et le diagnostic qui s'impose est celui d'*épiglottite aiguë*.

Le malade est admis d'urgence dans la division et le traitement institué consiste en application de compresses glacées à l'extérieur et pilules de glaces à l'intérieur.

La température vespérale est de 37°,8 et l'on ne peut constater aucune autre modification pathologique chez Brun.

Le 18, la température atteint 38°,2 le soir, après être descendue le matin à 37°,4. Il n'y a aucun changement ni dans l'état local, ni dans l'état général.

Le 19, au matin, je note au laryngoscope l'état local suivant : Epiglotte très gonflée, rouge, présentant à chaque extrémité de son bord libre deux ulcérations superficielles et circulaires de la grandeur d'une forte tête d'épingle. Le bord libre lui-même est si fortement tuméfié que c'est avec la plus grande difficulté

que j'arrive à jeter un coup d'œil dans le larynx ; je vois l'aryténoïde droit tuméfié, rouge ; à sa surface supérieure il existe une petite ulcération superficielle, très semblable à celles qui ont été décrites sur l'épiglotte ; à côté d'elle, une légère hémorrhagie sous-muqueuse. L'ary gauche est normal de même que la corde vocale correspondante ; la corde droite, au contraire, est rouge et un peu paresseuse. Etat général médiocre. T. 38°,7. Mais il n'existe encore aucun symptôme pulmonaire.

Le soir, la T. monte à 40°,4, le malade a un peu de dyspnée, l'auscultation fait percevoir un souffle léger dans la fosse sus-épineuse gauche, souffle qui augmente d'intensité en se rapprochant de la ligne médiane. Sonorité normale. Expectoration muqueuse, sans caractère spécial, abondante comme précédemment.

Le 20, au matin, la lésion pulmonaire se confirme ; le souffle du sommet devient tubaire, et se propage dans la région axillaire ; la sonorité est tympanique, il survient des crachats rouillés. La T. est à 39°,8. La pneumonie ne fait l'objet d'aucun doute et le malade est transféré dans le service de clinique médicale de M. le prof. de Cérenville.

L'état local s'est sensiblement modifié : l'épiglotte est toujours rouge, mais beaucoup moins tuméfiée. Les ulcérations notées la veille subsistent, mais ne se sont étendues ni en profondeur, ni en surface. Il n'y en a pas de nouvelle.

Le 21, l'épiglotte est encore un peu tuméfiée et très rouge ; les ulcérations sont stationnaires ; l'ecchymose sur l'ary droit a disparu.

La pneumonie a gagné tout le lobe supérieur gauche.

Le 23, la température baisse brusquement ; la crise se fait dans des conditions normales.

Le 24, l'examen au laryngoscope constate que l'épiglotte est désenflée dans sa moitié gauche ; la droite est encore enflée, rouge. Une nouvelle petite ulcération s'est développée sur le bord libre à gauche, non loin des deux premières. La surface en est légèrement surélevée. L'ary droit est revenu à l'état normal.

Sous la lèvre inférieure gauche, il est survenue une éruption modérée d'herpès labial, accompagné d'une légère tuméfaction des téguments.

Le 26, épiglotte presque complètement dégonflée ; les anciennes vésicules se cicatrisent ; les deux postérieures ont disparu, la dernière formée existe encore et suit son cours. L'herpès labial sèche. L'état général est assez bon.

Le 28, l'épiglotte est encore un peu rouge; les vésicules de gauche sont cicatrisées, il en reste encore une à droite, ulcérée. Encore un peu de cuisson à la déglutition. Etat général bon.

Le 11 janvier 1895, je revois le malade guéri; on peut encore, au laryngoscope, constater une légère rougeur de l'épiglotte et de petites dépressions cicatricielles aux places où se trouvaient les ulcérations décrites ci-dessus.

REMARQUES : La première de ces deux observations est un exemple type d'herpès idiopathique : début fébrile, localisations labiale et laryngée, survenant en deux ou trois poussées successives, chacune d'elles accompagnée d'une recrudescence dans la fièvre. Ici l'herpès labial est apparu simultanément avec l'herpès laryngé et a rendu le diagnostic facile. La maladie a duré trois semaines et s'est accompagnée d'une faiblesse et d'une anémie générales montrant bien que l'organisme dans son entier a été atteint par la fièvre « herpétique » et qu'il ne s'agissait point seulement d'une affection locale.

Quant à notre seconde observation, son interprétation offre quelques difficultés et portant un intérêt plus vif.

Le début en est franchement laryngé; les malaises accusés par Brun le premier jour de sa maladie sont des troubles de déglutition et des douleurs vives dans la gorge, accompagnés d'une salivation exagérée et sans symptômes généraux bien accusés. Deux jours après, le diagnostic au laryngoscope qui s'impose est encore « *épiglottite aiguë* ». Ce n'est que le quatrième jour au soir que la température devient fébrile et que le malade se met au lit se sentant vraiment atteint dans sa santé. Le cinquième jour, apparaissent les vésicules d'herpès sur les parties enflammées du larynx; la fièvre monte, mais graduellement et sans frisson, de 38°7, température matinale, à 40°1 le soir. Le matin du cinquième jour un examen minutieux des organes thoraciques ne décèle aucune modification ni de l'auscultation, ni de la percussion; le soir, par contre, on perçoit un léger souffle bronchique au sommet gauche, sans matité et sans expectoration caractéristique. Le sixième jour, enfin, la lésion pulmonaire est confirmée et les crachats rouillés font leur

apparition. Au même moment, le gonflement de l'épiglotte si marqué précédemment, diminue rapidement et les ulcérations provenant des vésicules n'augmentent plus, pendant que les symptômes laryngés douloureux disparaissent promptement pour laisser après eux une simple sensation de cuisson.

Le neuvième jour de la maladie, quatre jours après le début de la pneumonie, la crise se fait brusquement, et en même temps que survient, alors seulement, une éruption d'herpès labial, il se développe sur l'épiglotte une nouvelle petite vésicule d'herpès.

Dès lors la guérison des lésions laryngées suit son cours parallèlement à celle des lésions pulmonaires et à l'état général : treize jours après le début, il subsiste une petite ulcération non cicatrisée et un peu de cuisson à la déglutition. Enfin, un mois après, on ne constate plus au laryngoscope qu'une ou deux légères dépressions cicatricielles sur la muqueuse laryngée.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'observation présente, c'est d'abord la coexistence d'un herpès du larynx avec la pneumonie.

L'herpès pneumonique atteint en effet rarement les muqueuses, et, parmi celles-ci, ce sont surtout les muqueuses bucale et pharyngée qui sont signalées par les auteurs comme atteintes. Nous n'avons trouvé dans la littérature à notre disposition qu'un seul cas d'herpès de l'épiglotte ; par contre, Moritz Schmidt, Schrötter citent la pneumonie parmi les affections qui peuvent amener l'herpès laryngé, sans d'ailleurs en donner d'exemples. Il y avait donc à ce point de vue un certain intérêt à rapporter notre observation. Mais ce qui est le plus frappant chez Brun c'est le début de l'herpès laryngé plusieurs jours avant la pneumonie, tandis que herpès labial apparaît seulement le jour même où survient la crise, accompagné il est vrai d'une nouvelle poussée de deux vésicules fraîches dans le larynx. Certainement, on aurait pu croire d'abord à un simple herpès idiopathique, tant les symptômes initiaux rappellent notre première observation. Puis, graduellement, la scène change, la fièvre s'allume plus forte, l'affection de la muqueuse s'efface devant la maladie principale ; son caractère purement

symptomatique se décèle évident. Chose remarquable, aussitôt la pneumonie déclarée, les symptômes inflammatoires du larynx cèdent rapidement, le gonflement énorme de l'épiglotte diminue brusquement, la douleur disparaît presque complètement. Je rappelle un fait analogue que j'ai eu l'honneur de rapporter à la Société de médecine (1), il y a bien des années : une otite moyenne aiguë suppurée, accompagnée de douleurs très vives, avait précédé de deux ou trois jours l'éclosion brusque d'une pleuropneumonie et celle-ci déclarée, tous les symptômes de celle-là avaient cédé comme par enchantement, pour reparaitre, il est vrai, après la crise faite. Ces faits sont intéressants ; faut-il y voir la première manifestation de la maladie qui va survenir ? Le pneumocoque est-il la cause première de l'herpès du larynx comme il est certainement à la base de l'otite ? C'est ce qu'un examen bactériologique du contenu des vésicules pourrait seul décider. *A priori*, la chose paraît plausible puisque, avant d'arriver au poumon, le pneumocoque trouve sur sa route la muqueuse laryngée ; rien d'étonnant à ce qu'il s'y fixât et n'y déterminât une inflammation, que Unna appelle fibrineuse et qui est donc de même nature que celle qu'il détermine dans le tissu pulmonaire.

En tous cas des faits semblables nous paraissent de nature à éclairer la pathogénie de l'herpès pneumonique, phénomène jusqu'ici trop négligé par tous les auteurs.

(1) *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1879, p. 203.

II

DES ADÉNOÏDITES

Par le Dr F. HELME.

I

Il semblait jusqu'à ces derniers temps que tout avait été dit au point de vue clinique sur la question des végétations adénoïdes. De nombreux travaux d'ensemble, des monographies très complètes avaient eu pour résultat, non-seulement de bien établir la symptomatologie de l'affection, mais encore de poser nettement et de préciser avec soin les indications opératoires. D'un autre côté, les innombrables observations d'enfants améliorés, transformés en quelque sorte par l'opération, établissaient d'une façon irréfutable l'opportunité de l'ablation de l'amygdale pharyngée hypertrophiée. Il était donc permis de croire que, grâce aux méthodes actuellement suivies et vulgarisées par les travaux des rhinologistes, aucune objection ne s'élèverait désormais contre des interventions si profitables à la santé des petits malades.

Cependant, on ne saurait nier qu'il se fasse depuis quelque temps, en France tout au moins, une sorte de réaction contre le traitement chirurgical des végétations. Sans doute on ne dit pas que les spécialistes opèrent trop, ce serait vraiment une exagération que personne ne pourrait admettre, mais on cherche à faire prévaloir cette idée que, dans bien des cas, le traitement médical seul suffit à remédier aux désordres produits par l'hypertrophie du tissu adénoïde du cavum. Il est arrivé à des confrères, exposant dans d'excellents travaux les

résultats statistiques de leurs opérations, d'avoir à entendre l'objection avec preuves à l'appui de petits malades guéris par la seule vertu des méthodes antiseptiques (?) (irrigations nasales, etc.), rigoureusement appliquées. Cette tendance à recourir au traitement médical pour une affection qui ne paraissait relever que de la chirurgie s'est généralisée surtout depuis quelques mois ; et l'on croit pouvoir affirmer déjà que, dans bien des cas, un traitement palliatif suffit souvent à l'exclusion de toute intervention avec la pince et la curette. De sorte qu'aujourd'hui on pourrait croire que suivant le point de vue où l'on se place il y a des végétations que l'on opère et qui guérissent sans doute, mais qu'il en est d'autres que l'on n'opère pas et qui finissent, sinon par disparaître, du moins par ne plus causer aucun trouble fonctionnel.

Nous pensons que dans ce débat tout le monde a raison et qu'il existe en effet une inflammation de l'amygdale pharyngée qui relève du traitement médical comme l'amygdalite aiguë ; mais il y a en outre l'inflammation survenant au niveau de la glande de Luschka hypertrophiée ; dans ce dernier cas, la chirurgie seule peut conduire à des résultats réellement efficaces. En d'autres termes on ne tient pas assez compte de l'adénoïdite, que celle-ci survienne sur un tissu adénoïde presque normal ou que ce tissu soit déjà hypertrophié par des inflammations antérieures.

Le présent travail a seulement pour but de mettre en valeur ce côté de la pathologie du cavum. Nous savons amplement que les rhinologistes connaissent dans tous ses détails ce chapitre de nosologie. Nous avons voulu simplement, la question présentant un certain intérêt d'actualité, rappeler l'attention sur l'inflammation de l'amygdale pharyngée et faire cesser, si possible, une confusion dont les malades seraient les premiers à souffrir.

Nous disions que les adénoïdites étaient bien connues de tous, et, en effet, dans tous les mémoires, Châtellier, Læwenberg, Luc, Raugé, Cartaz, Lubel-Barbon, Ruault, Bartoli, Chaumier, Coupard, Cheval, etc., nous trouvons des indications précieuses sur le sujet. Mais l'auteur qui nous a paru avoir insisté davantage sur ce point est Moure, qui, dans la

thèse de son élève Rey d'abord, et plus tard dans la dernière édition de son manuel des *Maladies du nez*, a donné de l'adénoïdite un bon travail d'ensemble.

Avant d'aller plus loin, nous devons expliquer à notre tour comment nous comprenons la question. C'est ainsi que nous établirons deux grandes divisions ; dans l'une nous faisons rentrer l'inflammation aiguë d'une amygdale pharyngée jusque-là normale et donnant lieu presque subitement au complexus symptomatique des végétations adénoïdes, complexus augmenté, il est vrai, de symptômes généraux sur lesquels nous aurons à revenir. Cette amygdalite est passible du traitement médical. Tel enfant, par exemple, vivait en paix avec son amygdale à peine hypertrophiée ; on institue un traitement antiseptique et tout peut rentrer dans l'ordre, soit définitivement, soit jusqu'à une nouvelle poussée. Il n'en va plus de même, bien souvent, dans la seconde division. Ici des poussées successives d'adénoïdite ont amené l'hypertrophie puis l'envahissement scléreux du tissu conjonctif. Le processus aigu pourra s'amender et même disparaître, laissant derrière lui une amygdale qui causera des troubles variant avec chaque individu, et qui seront plus ou moins prononcés, cela est évident, suivant la plus ou moins grande capacité du cavum. Ce sera la végétation adénoïde proprement dite. Mais il est des cas où l'inflammation aiguë passera à l'état chronique ; il s'établira au niveau du pharynx, — qu'on me permette la comparaison, — une véritable otorrhée, avec ses alternatives de mieux et de pire, et dont les conséquences seront sans doute moins redoutables ici que dans l'inflammation chronique de l'oreille, mais qui n'en pèsera pas moins lourdement sur la santé générale et souvent sur l'avenir de l'enfant.

II

Qu'il nous soit permis, en abordant le chapitre de l'étiologie de l'adénoïdite, d'examiner comment peut survenir l'inflammation du tissu adénoïde du pharynx. Il nous suffira pour

cela de tracer une esquisse rapide de la structure anatomique de la région pharyngée supérieure et de ses moyens de défense. Car c'est surtout lorsqu'on connaît le territoire en temps de paix que l'on peut mieux comprendre dans quelles conditions il passe à l'état de guerre (Claisse).

Tapissée d'un épithélium à cils vibratiles, munie de nombreuses cellules de remplacement, la muqueuse du cavum est semée de corpuscules lymphoïdes, sorte de mosaïque qui s'étend sur toute la surface de la muqueuse, d'une trompe à l'autre sur les côtés, et de la paroi postérieure au niveau du voile d'arrière en avant. Il s'agit là en réalité d'un véritable ganglion lymphatique étalé, rappelant, comme le dit Luschka, les éléments lymphoïdes de l'intestin. Mais en certains points ces corpuscules, au lieu d'être isolés, se réunissent, et de cette agglomération résulte l'amygdale pharyngée proprement dite située en haut de la voûte au niveau de l'apophyse basilaire. Ce tissu adénoïde devient encore confluent au niveau des fossettes de Rosenmüller et pénètre même dans les trompes pour constituer l'amygdale tubaire (Tubenmandel des Allemands). Tous ces corpuscules, chez l'enfant du moins, ne sont séparés que par de rares éléments conjonctifs. Ils sont, de plus, entourés d'une couche épaisse de glandes acineuses de volume variable et particulièrement nombreuses autour des orifices tubaires. Les lymphatiques constitués en plexus vont se jeter par étages, les supérieurs dans un ganglion situé entre le grand droit antérieur de la tête et une espèce de sillon ou de gouttière voisine de la base du crâne et de la paroi postérieure du pharynx. Les inférieurs se jettent dans 3 ou 5 petits ganglions échelonnés au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde.

Ce court aperçu montre suffisamment les moyens de défense dont dispose le cavum, situé sur la grande route des invasions, pour résister aux attaques qui le menacent. Nous verrons d'abord l'épithélium, avec ses flagella, sans cesse occupé à écarter les envahisseurs. A côté des cils, les secondant, les glandes sécrètent leur mucus dont l'action est double. D'une part, elles diluent les toxines et enrobent les poussières (Claisse); d'autre part, elles atténuent et détruisent au besoin

les germes qui ont pénétré ces régions (Wurtz et Lermoyez). Enfin, plus profondément, placés comme des réserves, nous avons les corpuscules lymphoïdes qui constituent un troisième moyen de défense, le plus énergique peut-être, celui en tous cas qui n'entre en ligne qu'en dernier ressort, alors que les deux premiers agents ne sont plus suffisants. Les globules blancs contenus dans ces corpuscules font en effet partie de ces éléments défensifs auxquels on a donné le nom de phagocytes. Mais la phagocytose est trop connue pour que nous ayons à nous y arrêter.

Dans quelles conditions, les barrières physiologiques qui protègent la muqueuse du cavum étant rompues, l'infection se produira-t-elle? Ici nous retrouvons toutes les causes prédisposantes signalées dans la pathologie générale de l'infection. C'est la débilité du sujet, mais plus encore c'est le mauvais état habituel de la muqueuse nasale. Tout le monde sait que toutes les fois qu'il y a obstruction du nez, la muqueuse des fosses nasales subit une dégénérescence. Il se produit alors de la rhinite chronique. Vienne un refroidissement, la virulence des germes sera exaltée et il est aisé de comprendre dès lors que l'inoculation se fera de proche en proche. Le muco-pus, au moment du décubitus dorsal, tombant dans le cavum, il en résultera d'abord une irritation ou, si l'on veut, à un moindre degré, une macération de l'épithélium tapissant la voûte. Il se produira consécutivement des ulcérations de la muqueuse (Megevand), et l'infection n'aura aucune peine à s'établir. Donc, le refroidissement amenant un coryza pourra donner lieu à l'adénoïdite. Dans d'autres cas celle-ci reconnaîtra pour causes les grands processus infectieux, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde. Nous nous trouverons ici en présence du processus commun à toutes les infections secondaires. Les phagocytes occupés à repousser l'attaque principale ou fatigués par une lutte prolongée à la fin d'une maladie, ne suffisent plus complètement à leur tâche. Il en résulte que certains points, parmi lesquels le cavum pharyngé, sont plus particulièrement exposés, par le fait même de leur situation, à subir les périls d'une invasion.

Donc, comme cause des adénoïdites nous signalerons le

coryza que nous retrouvons dans nombre de nos observations ; nous citerons encore les divers processus infectieux. De même l'adénoïdite pourra résulter de l'extension de l'inflammation palatine à l'amygdale pharyngée. On doit encore, dans le même ordre d'idées, noter dans ce chapitre étiologique les processus inflammatoires, qu'ils siègent dans la bouche ou dans le nez. On a même cru pouvoir attribuer à l'adénoïdite certaines fièvres mises sur le compte de la dentition. Nous avons pu nous-même (Obs. 1) observer un cas dans lequel les accidents inflammatoires eurent pour point de départ une éruption dentaire.

Citons aussi le traumatisme, les accidents survenant ici, à la suite d'un toucher rhino-pharyngien pratiqué trop vigoureusement avec un doigt insuffisamment aseptisé. Enfin joignons à tout cela la suppression, ou tout au moins la difficulté d'écoulement des différents mucus bactéricides, et nous en aurons fini avec l'étiologie. Nous laissons de côté la question des germes. Il n'y a pas là de microbes spécifiques.

III

Nous arrivons maintenant aux symptômes de l'affection. Les observations sur lesquelles est basée notre étude sont au nombre de 28. Nous n'en avons cité que 12 pour éviter les longueurs. On les trouvera à la fin de notre travail. Elles proviennent, soit de notre pratique, soit de notre clinique.

Le premier effet du travail inflammatoire est d'amener rapidement (Moure), soit la production des troubles attribués aux végétations adénoïdes, soit leur exagération lorsqu'ils existaient déjà antérieurement. Dans le premier cas, à la suite du traitement approprié, on pourra assister à la cessation de tout désordre fonctionnel, et l'on se trouvera ainsi en présence de cet état que Lermoyez désigne sous le nom de « pseudo-syndrôme inflammatoire des végétations adénoïdes. » Dans le se-

cond, l'inflammation se greffe sur une amygdale déjà hypertrophiée. Ainsi tel enfant qui dort la bouche fermée, qui respire relativement bien par le nez, présentera presque, du jour au lendemain, le tableau classique de l'hypertrophie adénoïde la plus accentuée. Tel autre, qui ronflait un peu la nuit, sera pris d'accès de stridulisme, de bourdonnements, de surdité. Il aura de la bave, etc.

Nous devons parler maintenant de la tuméfaction douloureuse des ganglions angulo-maxillaires. La plupart du temps ceux-ci sont hypertrophiés chez les adénoïdiens et cela n'a rien de bien particulier si l'on songe à quel point le système lymphatique est délicat chez l'enfant. Mais il y a quelque chose de plus dans l'adénoïdite où les ganglions tuméfiés sont douloureux au toucher. Cette question de la propagation de l'infection aux ganglions offre surtout de l'intérêt depuis que Pfeiffer a mis en relief une espèce morbide qu'il décrit sous le nom de fièvre ganglionnaire. On a beaucoup discuté sur ce sujet. Comby, Moussous et Desplats ont repris chez nous les études de l'auteur allemand. Il y aurait lieu de se demander si cette affection ne serait pas autre chose qu'une des manifestations de l'adénoïdite. Dans les observations que l'on a publiées, il est souvent question de catarrhe rhino-pharyngien. Au mot près cela ressemble assez à ce dont nous nous occupons ici. Voici d'ailleurs ce que dit Comby à ce propos : « La fièvre ganglionnaire n'est qu'une inflammation fébrile des ganglions angulo-maxillaires. Cette adénopathie, observée surtout dans la première enfance, semble être sous la dépendance de manifestations angineuses légères. Son siège seul l'indique (1). »

Il nous paraît donc qu'en observant systématiquement au point de vue de l'adénoïdite les malades atteints de fièvre ganglionnaire on pourrait peut-être arriver à incriminer l'inflammation de l'amygdale pharyngée. Mais ce n'est là qu'une hypothèse et nous avouons du reste n'avoir jamais rencontré un fait de ce genre.

L'adénoïdite aiguë s'accompagne de fièvre. Suivant Rey, la température pourrait s'élever jusqu'à 39 et même 40°. C'est la

(1) *La médecine infantile*, 15 janvier 1894.

température commune dans les amygdalites. Il est donc logique de l'admettre ici. Nous n'avons cependant jamais observé de phénomènes fébriles aussi intenses.

A l'examen, ce qui frappera c'est la rougeur diffuse du pharynx, rougeur masquée par le pus qui descend du cavum et tapisse la muqueuse. Purulente dans certains cas, mucopurulente dans d'autres, la sécrétion est quelquefois à peine teintée, cela surtout au moment du déclin des phénomènes aigus. Nous avons observé aussi une hypertrophie presque constante des amygdales palatines, et cela n'a rien de surprenant pour qui connaît les relations intimes qui réunissent l'un à l'autre les divers éléments constitutifs de l'anneau de Valdeyer.

La marche de la maladie est, comme l'a dit Moure, celle des inflammations aiguës en général. La fièvre n'existe habituellement que tout à fait au début, et la période d'état, sauf complications, ne dure guère au-delà de 2 ou 3 jours. Après ce laps de temps, tout rentre dans l'ordre ou l'affection passe à l'état chronique, ce qui s'explique de soi si l'on songe aux multiples anfractuosités dont l'amygdale est devenue le siège sous l'influence de l'hypertrophie, anfractuosités si difficiles à désinfecter. Dans ce cas, la symptomatologie est différente. Elle se caractérise alors par un hémage fréquent, par les efforts que fait l'enfant pour débarrasser son arrière-gorge des mucosités qui l'encombrent. Il se produit aussi de la céphalalgie, phénomène d'ailleurs commun dans l'adénoïdite aiguë. Cette céphalalgie, sur laquelle le professeur Vergely, de Bordeaux, a attiré plus particulièrement l'attention, serait due, suivant Luschka, à l'irritation du nerf de Bock. Ce nerf, émané du maxillaire supérieur, deuxième branche du trijumeau, peut devenir, dans les pharyngites chroniques, dit l'auteur allemand, le siège de douleurs névralgiques que les malades localisent dans la profondeur du crâne.

Il peut arriver encore que certains malades exhalent une odeur rappelant de très loin, dit Moure, celle de l'ozène. C'est plutôt, ajoute cet auteur, une exhalaison un peu forte, fade plutôt que réellement fétide. Lubet-Barbon (communication orale) nous a dit en avoir observé plusieurs cas.

A l'examen on trouvera dans le cavum du muco-pus plus ou moins abondant et plus ou moins louche, suivant que les phénomènes aigus seront de date récente ou non.

IV

Nous aurions voulu, et nous avons tenté de le faire, mettre en rapport les phénomènes cliniques avec les résultats fournis par l'anatomie pathologique. Envisageant le tissu adénoïde du pharynx comme un véritable organe hématopoiétique, Michel Dansac avait divisé les végétations en scrofuleuses, lymphadéniques et syphilitiques. Il eut été intéressant dès lors de suivre les manifestations du processus inflammatoire sur ces divers terrains. Mais nous avons dû renoncer à notre projet, les questions que cette étude soulève étant trop complexes et encore trop obscures.

V

Il nous reste à voir maintenant quels sont les troubles produits à distance par l'affection qui nous occupe. Nous avons comparé l'inflammation du tissu adénoïde du pharynx à l'inflammation des amygdales palatines, à l'amygdalite. Mais il y a entre ces deux organes, tissu adénoïde du cavum et amygdales, une différence capitale. Tandis que ces dernières sont enveloppées d'une coque relativement dense et épaisse qui peut limiter l'infection à la loge amygdalienne, il n'en est plus de même dans l'amygdale pharyngée dont tous les éléments communiquent entre eux presque sans interposition de tissu cellulaire. Tous les éléments lymphatiques du rhinopharynx et même de la trompe, comme on l'a vu, sont donc, chez l'enfant tout au moins, sous la dépendance les uns des autres. Et il est aisé de prévoir par suite, avec quelle facilité l'infection pourra, dans certains cas, se propager aux oreilles. Je n'apprendrai rien à personne en signalant les otalgies, les obstructions tubaires et même les otites qui surviennent sous

la moindre poussée d'adénoïdite. Ces otites ont parfois pour caractère d'être peu douloureuses et de courte durée. Sans que l'on puisse nettement établir la cause de ce fait, on pourrait se demander s'il n'est pas dû à l'atténuation des germes qui sont depuis longtemps les hôtes des muqueuses. D'autres fois, l'otite aiguë éclate avec tous ses symptômes. Ils sont trop connus pour que j'y insiste. En tous cas, ce qui est certain, c'est que l'otite est une complication fréquente de l'inflammation des végétations adénoïdes hypertrophiées ou non. Nous n'entrerons à ce propos dans aucun détail de statistique, celle-ci variant, selon les divers auteurs, dans des proportions telles qu'il est bien difficile d'arriver à une moyenne précise.

Mais un enfant n'a pas impunément du muco-pus au niveau du cavum, c'est-à-dire à la partie supérieure des voies respiratoires et digestives. Obéissant aux lois de la pesanteur, les germes et les toxines pourront arriver jusqu'au larynx et même jusqu'aux bronches (obs. 11, obs. 12). Ils produiront dans le premier cas de la laryngite, dans le second de la bronchite. A la vérité, le système respiratoire supérieur, richement armé contre l'infection toujours imminente, oppose une résistance chronique à un danger permanent (Claisse). Mais il faut considérer ici que l'obstruction nasale prive les adénoïdiens du filtre par excellence constitué par les anfractuosités des cavités nasales. C'est donc un air impur et contaminé qu'ils respireront. Cet air, chargé de poussières plus ou moins irritantes, pourra souvent contribuer à l'ulcération de l'épithélium bronchique, et lorsque le muco-pus descendra du cavum il trouvera, de ce fait, dans les bronches un terrain éminemment propice aux infections. Cette complication a été notée, je dois le dire, par tous les auteurs. Ce n'est pas tout encore. Les muqueuses sont douées d'un pouvoir d'absorption remarquable, et les enfants, s'ils possèdent un réflexe expulsif, du moins ne crachent pas. Il suit de là que, consécutivement à l'absorption des toxines ou à leur déglutition, on verra se produire soit de véritables phénomènes d'intoxication, soit des troubles gastro-intestinaux. Ceci nous explique la teinte jaune paille des téguments tranchant sur la blancheur des conjonctives anémiées, et cet aspect cachectique de certains enfants qui

semblent, pour ainsi dire, revenir à la vie dès qu'on a supprimé les causes de l'empoisonnement.

VI

Le diagnostic de l'adénoïdite est ordinairement facile. Toutes les fois que l'on trouvera de l'engorgement douloureux des ganglions, de la fièvre et l'exagération des symptômes des végétations, le tout coïncidant avec la présence du pus dans le cavum, on peut être sûr qu'il s'agit de l'adénoïdite aiguë. Nous n'insistons pas d'ailleurs sur ce paragraphe, notre but n'étant pas d'apprendre à nos confrères une question qu'ils connaissent déjà, mais seulement de faire ressortir quelques points de l'étude des adénoïdites.

Quant au pronostic, éminemment variable suivant le terrain, suivant les sujets, il dépendra également de la virulence des germes, causes de l'infection. En réalité il est plutôt sérieux, l'adénoïdite amenant parfois des troubles dont les conséquences peuvent être graves.

Est-ce à l'adénoïdite qu'il faut attribuer ces accidents réflexes apparaissant par intervalles et sous l'influence du moindre froid, ces angines striduleuses, ces quintes de toux coqueluchoïde et même les incontinenances d'urine si fréquemment observées par Lockart et survenant chez les adénoïdiens à la moindre poussée inflammatoire ? Cela est possible. C'est au niveau des végétations qu'aboutissent les terminaisons de ce vaste plexus pharyngien, constitué d'une part par le spinal, le pneumo-gastrique et le glosso-pharyngien, en rapport de l'autre avec les filets du grand sympathique qui longent l'artère carotide interne et tiennent sous leur dépendance toute l'irrigation vasculaire de la région céphalique antérieure et de la base de l'encéphale. Quoi qu'il en soit, nos observations ne signalent aucun des réflexes rapportés un peu partout par les auteurs.

VII

Quel sera le traitement de l'adénoïdite ? Avant de le décrire nous devons établir nettement cette règle absolue, déjà posée par Rey, à savoir qu'il ne faut jamais toucher à des végétations adénoïdes enflammées. Pour le reste, en ce qui a trait aux phénomènes aigus, il sera en tout pareil à celui de l'amygdalite aiguë buccale, c'est-à-dire : qu'on emploiera les moyens diététiques, le repos au lit ou à la chambre ; on prescrira la diète, ou seulement une alimentation restreinte. Chez les jeunes enfants on se trouvera bien d'user d'une purgation légère. Chez ceux qui peuvent absorber des cachets on pourra tenter la désinfection du tube digestif au moyen du benzo-naphtol, en même temps qu'on prescrira le chlorhydrate de quinine, (0,05 centigrammes pour chaque année de l'enfant). Quant au traitement local, comme on ne peut agir directement sur le cavum on y arrivera par la voie nasale et on se servira des lavages avec cette double restriction que : A. les lavages devront être faits d'une façon extrêmement douce, constituant plutôt un bain de nez qu'un lavage proprement dit ; et B. on devra s'assurer, avant de les prescrire, que l'entourage du malade est suffisamment intelligent pour exécuter à la lettre les ordres du médecin. Dans l'intervalle des lavages on fera introduire dans chaque narine de la pommade iodolée ou dermatolée sans menthol. On pourra aussi essayer quelques attouchements du pharynx avec la glycérine résorcinée.

Au point de vue des règles de l'hygiène il sera bon d'ordonner l'isolement du malade. On le séparera surtout de ses frères et sœurs, ceux-ci ayant également souvent des végétations adénoïdes.

L'otite étant toujours fonction d'adénoïdite, on redoublera de précautions si l'enfant a déjà eu des otorrhées. Dans les formes moins aiguës et qui se règlent dans un espace de temps beaucoup plus long, alors que l'enfant est simplement mal en train et présente une suppuration torpide de son pharynx, on

aura recours aux eaux sulfureuses ou aux insufflations de poudre d'aristol, soit :

Poudre d'aristol	} à 5 grammes
Sucre de lait	

Pulvériser, passer au tamis n° 10, en insufflations 3 à 4 fois par jour.

Quand l'enfant reviendra consulter le médecin après avoir rigoureusement suivi son traitement, deux choses pourront avoir lieu : 1° Le malade avait de l'adénoïdite primitive simple, essentielle, et il sera complètement guéri ; ceci nous explique, disons-le une fois de plus, le triomphe du traitement médical contre les végétations. Cela nous démontre encore les succès de l'air marin (Verneuil, Castex) qui agit d'une façon si remarquable sur l'adénoïdite chronique chez les sujets strumeux. (Observations de Lermoyez : enfants adénoïdiens respirant bien par le nez seulement lorsqu'ils sont au bord de la mer.)

2° Dans les cas les plus fréquents il s'agit d'adénoïdite secondaire greffée sur des végétations. Ici le traitement améliore mais il ne guérit pas. Notre devoir est alors de faire comprendre aux parents et au médecin que ce n'est là qu'une trêve et non la paix définitive comme tout-à-l'heure. On insistera sur ce fait qu'à la moindre attaque nouvelle de froid les phénomènes inflammatoires se reproduiront. Or, chacune de ces poussées est un danger constant pour l'oreille. Elles constituent en outre une prédisposition indéniable à la diphtérie. Par conséquent, il faudra intervenir. Ne sait-on pas par analogie, et ici elle est plus qu'évidente, que l'intervention chirurgicale seule permet de réduire les amygdales palatines hypertrophiées ? Et il n'y a pas en chirurgie deux catégories d'indications opératoires. Il faudra donc opérer, et radicalement, quelle que soit la structure anatomique de la végétation.

En résumé, que celle-ci soit tuberculeuse ou non, le dernier mot devra rester à la pince et à la curette.

OBSERVATIONS

OBS. 1. — *Végétations adénoïdes et adénoïdites.* — S... Pierre, 11 mois, 17, rue Rollin. — Entrée à la clinique le 16 mai 1894, — n° du registre : 501.

Enfant bien constitué. Depuis la naissance bonne santé, mais coryza très fréquent. N'a jamais eu de difficultés pour téter. (Nourri au sein par sa mère)

Le début des accidents remonte à un mois et a coïncidé avec le début de l'éruption dentaire. Les deux incisives inférieures ont complètement poussé ; les autres sont en voie de développement. L'enfant a maigri depuis un mois, il respire mal par le nez, il ronfle beaucoup la nuit, dort la bouche ouverte. Un peu de dyspepsie intestinale. Les téguments ont une teinte paille très nette. Extérieurement pas d'écoulement nasal, pas de traces d'impétigo ni du vestibule, ni de la lèvre supérieure. Dans le nez, pas de muco-pus. Muqueuse des cornets rose peu tuméfiée. Pharynx très rouge. Un peu d'œdème de la luette et des piliers. Au toucher on constate des végétations adénoïdes extrêmement abondantes et dures. Muco-pus abondant dans le cavum. Ganglions angulo-maxillaires très gros et douloureux, ayant, notamment à droite, le volume d'une noisette.

Il s'agit là de végétations bien tolérées tout d'abord mais qui ont grossi sous l'influence d'une poussée d'adénoïdite en rapport avec l'éruption dentaire, et ont donné lieu à des accidents d'obstruction nasale très marquée.

L'enfant sera opéré par séances successives à partir du 24 mai. D'ici là désinfection du nez et de la gorge. Nez : vaseline iodolée. Pharynx : glycérine salolée au 1/40.

28 mai. — L'enfant a eu un peu de bronchite et l'on n'a pu l'amener à la consultation qu'aujourd'hui. Plus de ronflements la nuit, dort encore la bouche ouverte. Figure pleine, teint normal. Le petit malade tette mieux qu'au début des accidents. On sent encore un ganglion angulo-maxillaire un peu gros et très mobile du côté droit. Rien aux amygdales. Continuation du traitement.

10 juin. — L'enfant va bien. On le ramènera mercredi prochain pour voir si l'on peut l'opérer de ses végétations le lendemain.

14 juin. — Enlevé à la pince 5 ou 6 petites végétations adénoïdes sans bromure d'éthyle. On a donné 3 coups de pince. Traitement consécutif : pommade boriquée dans le nez.

18 juin. — L'enfant n'a pas souffert à la suite de l'opération. Aucune réaction. Au bout de 2 heures prenait le sein sans difficulté. La gorge est en bon état ; depuis l'opération l'enfant ne ronfle plus et dort la bouche bien fermée.

OBS. II. — *Adénoïdite. Pseudo-syndrôme de végétations.* — Gaston V... 6 ans et demi, 42, avenue de Neuilly. — Entré à la clinique le 9 mars 1894, — n° du registre : 233.

Se plaint de mal respirer par le nez, et au dire du père aurait un peu de dureté de l'ouïe. Pas de maladie infectieuse antérieure, mais très délicat de la gorge, chaque fois qu'il prend froid, crache des mucosités jaunâtres et se met à tousser. A ce moment dort constamment la bouche ouverte. Vendredi dernier est revenu de l'école, ayant le cou légèrement enflé et douloureux. Le médecin n'ayant rien trouvé du côté des amygdales, nous a adressé le petit malade.

L'enfant est grand pour son âge. Il n'a pas le facies adénoïdien, maintient bien sa bouche fermée. Gros ganglions angulo-maxillaires des deux côtés. Ganglions sus-hyoidiens, un peu mous, peu douloureux. Audition à la montre : O. G. Plus d'un mètre. O. D. idem. Audition bonne.

Examen. — Nez. A droite, muco-pus sur le plancher, muqueuse un peu rouge, cornet inférieur hypertrophié. Narine gauche obstruée par des croûtes muco-purulentes.

Bouche. Amygdales palatines assez volumineuses, légèrement pédiculées, et laissant entre elles un espace suffisant. Nappe de muco-pus jaunâtre descendant du cavum.

O. D. Membrane très enfoncée. Amincissement au niveau du cadran antéro-inférieur simulant une cicatrice. Le père affirme néanmoins que l'oreille n'a jamais coulé.

O. G. Membrane opaque très enfoncée.

En présence des troubles ci-dessus décrits, muco-pus, ganglions douloureux et le léger état inflammatoire pour lequel l'enfant nous a été conduit, le toucher du rhino-pharynx a été remis à plus tard. Insufflations de poudre d'aristol faites séance tenante dans une narine ; sort très bien de l'autre côté.

12 mars. — État stationnaire. Le malade reviendra vendredi.

14 mars. — Ronfle moins la nuit, mais se plaint toujours d'une sensation de brûlure dans la gorge.

19 mars. — Toujours du muco-pus. On prescrit une pulvérisation d'eau sulfureuse.

21 mars. — Amélioration. Moins de muco-pus.

13 avril. — Les pulvérisations d'eau sulfureuse sont faites tous les deux jours. Insufflations de poudre d'aristol et de sucre de lait quatre fois par jour. Sous l'influence du traitement l'adénoïdite a diminué. On n'observe, dans le cavum, au lieu de pus, que du mucus légèrement louche. Ne respire plus la bouche ouverte et ne ronfle plus la nuit.

Le toucher pratiqué pour la première fois montre que le cavum est absolument libre. Pas d'hypertrophie de la queue des cornets. Aucune végétation au niveau des trompes. Il y a seulement un état mollasse de la partie postéro-supérieure du cavum donnant l'impression d'une muqueuse qui aurait tout au plus deux ou trois millimètres d'épaisseur. Cette région saigne très facilement.

Examen du nez : muqueuse rouge. Cornets inférieurs un peu tuméfiés mais n'obstruant pas la narine. Filaments de mucus presque transparents. Continuation du traitement auquel on ajoute un peu de sirop antiscorbutique.

7 mai. — L'enfant a suivi bien exactement le traitement ci-dessus. Il n'y a plus de muco-pus dans le pharynx. Il reste un peu d'hypertrophie des amygdales palatines, mais rien du côté du tissu adénoïde de la voûte. L'enfant ne ronfle plus, ne dort plus la bouche ouverte. En résumé il va aussi bien que possible.

17 août. — L'enfant continue à aller très bien. Bouche close. Ne ronfle plus la nuit. Cependant, de temps à autre, un peu d'obstruction nasale. Localement même intégrité du cavum que le 7 mai. Pas du tout de muco-pus. État général excellent.

obs. III. — *Adénoïdite. Pseudo-syndrôme de végétations.* — M. J. Henri, 6 ans et demi, 30, rue Eugène Sue. — Entré à la clinique le 2 avril 1894, — n° du registre : 318.

Enfant ronflant la nuit, dormant la bouche ouverte. Cauchemars, terreurs nocturnes. A pris froid, il y a 2 ou 3 mois. Depuis ce temps a eu d'abord du coryza, de la fièvre, puis sont survenus les troubles accusés ci-dessus. Ouïe bonne. Enfant peu développé pour son âge.

Examen : Amygdales légèrement hypertrophiées. Muco-pus abondant tombant du cavum. Gros ganglions angulo maxillaires un peu douloureux. Traitement : poudre d'aristol en insufflations. Pulvérisations d'eau sulfureuse.

11 avril. — Plus de muco-pus. Ronfle moins. Continuation du traitement.

7 mai. — L'enfant va absolument bien. On pratique la rhinoscopie postérieure, et l'on constate un léger bourrelet adénoïdien.

Obs. IV. — *Opération de végétations adénoïdes. Réapparition des troubles faisant croire à une récurrence.* — Léon B..., 6 ans, 15, rue Jean-Lantier. — Entré à la clinique le 4 mars 1895, — n° du registre : 4253.

Enfant opéré en province, au mois d'août dernier. Violente hémorrhagie par le fait de laquelle, nous dit la mère, l'opération a été incomplète. Amélioration notable après l'opération, notamment les bronchites à répétition n'ont plus été observées. Depuis quelque temps, à la suite d'un refroidissement, les symptômes d'obstruction nasale antérieurs à l'opération ont réapparu. Et c'est ce qui a décidé la mère à faire le voyage à Paris.

Examen difficile. Enfant très rebelle. Amygdales légèrement hypertrophiées, creusées de cryptes.

Nez : au-dessous des narines, sur la lèvre supérieure, un peu d'irritation due à l'écoulement. Nez rempli de muco-pus ; hypertrophie des cornets inférieurs, surtout du côté gauche. Toucher rhino-pharyngien : choanes libres. Pas de végétations obstruant les trompes. Amygdale pharyngée un peu épaissie. Muco-pus assez abondant dans le cavum. Pas de ganglions.

On prescrit de la poudre d'aristol dans la journée et de la pommade boriquée le soir.

8 mars. — Légère amélioration. Continuation du traitement. L'enfant reviendra dans un mois. N'est pas revenu.

Obs. V. — *Adénoïdite simulant une récurrence de végétations adénoïdes après ablation.* — U..., 15 ans, 61, rue Balagny. — Entré à la clinique le 13 avril 1894, — n° du registre : 364.

Il s'agit d'un malade opéré il y a un an de végétations adénoïdes et qui, depuis trois mois, à la suite d'un refroidissement, a vu récidiver les troubles pour lesquels il avait été opéré, ronflements, obstruction nasale, etc. Ce malade avait du muco-pus dans le cavum, des accès de fièvre intermittents et des douleurs vives au niveau des deux oreilles. On a prescrit le traitement habituel, insufflation de poudre d'aristol, pommade, pulvérisations d'eau sulfureuse. On y a joint par la suite des badigeonnages de glycérine iodée. Au bout d'un mois environ (8 mai) l'état s'était considérablement amélioré, et le malade put quitter la clinique sans avoir eu à subir une nouvelle intervention.

OBS VI. — *Adénoïdite ayant provoqué des troubles digestifs et un véritable arrêt de développement.* — M..., 13 ans, 12, rue de la Mare, — Entré à la clinique le 9 mai 1894, n° du registre : 434. —

L'enfant se plaint de ne pas respirer par le nez et de dormir la bouche ouverte. Léger degré de surdité.

Il y a 3 ans, fièvre muqueuse pendant laquelle les deux oreilles ont coulé. L'écoulement a duré 3 ou 4 jours et n'a pas reparu. Depuis ce temps l'ouïe n'a jamais été très bonne. Depuis un an l'enfant respire difficilement par le nez, ronfle la nuit, a constamment la bouche ouverte. Au point de vue de l'état général : minus habens. Petit, peu développé, paraît avoir au-dessous de 10 ans. Ganglions sous-maxillaires nombreux et volumineux. Chaîne récurrentielle hypertrophiée et léger degré d'adénopathie trachéo-bronchique. Pas de ganglions cervico-supérieurs ni de ganglions de la nuque. Dents mal plantées, chevauchant l'une sur l'autre, crénelées. Bosse frontale légèrement saillante. Saillie du sternum, abdomen volumineux avec un peu de dilatation veineuse. On constate un certain degré d'hypertrophie de la rate.

Testicule droit resté dans l'anneau, d'où il peut être repoussé par la pression dans le scrotum. Il en est de même du testicule gauche qui, lui, reste normalement dans le scrotum. On ne sent au niveau de l'anneau inguinal aucune pointe de hernie. Ganglions superficiels de l'aîne tuméfiés et indolores. Incurvation des jambes en dedans. Saillie des apophyses épineuses à partir de la neuvième ou dixième dorsale. Au niveau de l'articulation des trois pièces coccygiennes avec le sacrum la dernière pièce de cet os fait une saillie en arrière, et le coccyx est légèrement mobile d'arrière en avant sous la poussée d'une faible pression. Il ne paraît y avoir ni sub-luxation ni autre déformation osseuse. Le système osseux est bien développé. Hypertrophie des extrémités humérales et digitales.

Pâleur des conjonctives. Teint jaunâtre contrastant avec la coloration des lèvres et présentant un aspect analogue à celui qu'on observe dans les cachexies. Troubles digestifs fréquents. Anorexie. De temps à autre diarrhée.

Pharynx : — Amygdales peu volumineuses, irrégulières, très enchatonnées. Granulations en chaîne, de couleur rosée, situées en arrière du pilier postérieur, semblable à ce qu'on observe dans la pharyngite latérale de l'adulte.

Nez. — Narine droite, un peu de muco-pus, cornets peu développés, muqueuses rouges.

Oreilles. — Bouchons cérumineux.

A la rhinoscopie postérieure on constate que le cavum est rempli de muco-pus, lequel descend jusque dans le pharynx. Il est légèrement louche, grisâtre, et ressemble à la sécrétion de la pharyngite granuleuse.

Étant donné la gorge rouge, les ganglions et le muco-pus remplissant le cavum, on porte le diagnostic d'adénoïdite et l'on prescrit des insufflations d'aristol et de sucre de lait.

15 juin. — L'enfant qui avait été amélioré par le traitement a été brusquement pris, à la suite d'un refroidissement, de fièvre qui a duré jusqu'à hier jeudi. Le médecin a attribué ces accidents à une affection de la gorge et il a prescrit un gargarisme et une purgation. On constate du muco-pus très abondant, les ganglions angulo-maxillaires sont douloureux au toucher, la gorge est rouge. On prescrit des lavages avec de l'eau bouillie. Continuation de l'autre partie du traitement.

2 juillet. — L'enfant va mieux. Moins de muco-pus. On peut faire la rhinoscopie postérieure. Petites végétations mollasses n'obstruant ni les trompes ni les choanes.

11 juillet. — L'enfant, tout-à-fait bien, ne reviendra que dans deux mois.

18 septembre. — Le malade s'est un peu développé, a eu une ou deux récidives d'adénoïdite, mais à l'heure actuelle paraît tout-à-fait en voie de guérison. — A revoir dans 6 mois.

obs. VII. — *Adénoïdite. Réchauffement d'une otite chronique.* A..., 14 ans, 10, rue St-Augustin, employé de commerce. — Entré à la clinique le 20 juin 1894, — n° du registre : 602.

Il s'agit d'un malade qui avait eu dans son enfance des végétations adénoïdes. Ces végétations avaient subi le processus de régression, et peu à peu les troubles fonctionnels qu'elles occasionnaient avaient disparu. Les otites à répétition, qui étaient assez fréquentes, n'avaient plus réapparu. Mais depuis quelques jours a ronflé la nuit, dort la bouche ouverte ; un peu de fièvre. Muco-pus louche dans l'arrière-gorge, amygdales un peu volumineuses, fibreuses, percées de cryptes.

Je passe les détails de l'observation qui ont trait à l'oreille ; ils ne sont autres que ceux de l'otite ; la montre est cependant perçue au contact appuyé. Le cavum est rempli de muco-pus ; ganglions angulo maxillaires. Hypertrophie du tissu adénoïde, qui apparaît comme un bourrelet rouge, enflammé.

Traitement : lavages du nez, insufflations de poudre d'aristol, pulvérisations d'eau sulfureuse.

Le traitement se continue pendant un mois environ. Au bout de ce temps, on note une sensible amélioration. La montre est perçue à 20 centimètres. Comme il y a, au niveau de la fosse nasale gauche, une crête vomérienne obstruant la narine et amenant de l'irritation de la muqueuse on enlève cette crête à la scie. (6 août). Pas d'incident opératoire.

Depuis lors, amélioration notable, et le malade sort guéri de la clinique.

OBS. VIII. — *Adénoïdite consécutive à un coryza chez un adénoïdien.* — V... René, 3 ans et demi, 43, rue St-Denis. — Entré à la clinique le 18 février 1893, — n° du registre : 1213.

La mère se plaint de ce que son enfant ronfle la nuit, qu'il dort la bouche ouverte, mange lentement, bave abondamment.

Examen. Pharynx un peu rouge, amygdales normales, muco-pus tapissant la paroi postérieure du pharynx. Narines tapissées de croûtes. Tuméfaction des deux cornets inférieurs, muco-pus remplissant les fosses nasales. La mère raconte que les accidents ont débuté par le nez, qui a beaucoup coulé. L'enfant aurait eu à ce moment de la bonchite.

On pratique l'antisepsie nasale, et l'on pratiquera le toucher mercredi.

Le 21 février. — Toucher rhino-pharyngien. Végétations adénoïdes moyennement abondantes, opérées le 23 février.

1^{er} mars. — L'enfant va mieux. Sort guéri de la clinique le 10 mars.

OBS. IX. — *Hypertrophie de l'amygdale pharyngée et des deux amygdales.* — *Pharyngite sèche consécutive.* — B... Andrée, 14 ans, 33, rue des Archives. — Entrée à la clinique le 8 juin 1894. — n° du registre : 550. — (Envoyée par le Dr Letulle. — Observation due à l'obligeance de M. le Dr Lernoizeux.)

Cette jeune fille a consulté le Dr Letulle pour anémie, lymphatisme, chorée, etc.

Depuis très-longtemps mouche beaucoup, salit plusieurs mouchoirs par jour (muco-pus). A constamment la sensation de nez bouché.

Très-léger eczéma à l'entrée des narines, etc. Diminution de la sensibilité olfactive; certaines odeurs fines sont perçues, d'autres, plus fortes, ne le sont pas.

Début de la menstruation il y a 2 mois.

Dort la bouche ouverte et ronfle la nuit.

Extérieurement, un peu d'empâtement du lobule et des ailes du nez. Nez plutôt petit, sans malformation, pas large à sa base.

Narine droite. — Rougeur vive. (La malade vient de subir un lavage du nez il y a 3 heures). Pas de traces de muco-pus ni croûtes dans cette narine.

Narine gauche. — Même aspect. Ni atrophie ni hypertrophie. Rougeur vive.

Pharynx. — Les amygdales ont été coupées il y a 2 mois, elles étaient énormes. Il reste encore un léger moignon de l'amygdale droite. Cette amputation a été nécessitée par des poussées d'amygdalite aiguë très-fréquentes.

Muqueuse des piliers, surtout postérieure, très épaisse, luette également. Paroi postérieure lisse et vernissée avec quelques granulations.

Rhinoscopie postérieure impossible à cause des réflexes.

Au toucher : Cavum est libre, renferme du muco-pus. Pas d'hypertrophie de la queue des cornets. L'amygdale pharyngée forme une masse molle de quelques millimètres seulement d'épaisseur, très molle et saignant facilement.

Traitement. — Grattage de la voûte et cautérisations iodées. Lavages du nez au salol et pommade au dermatol.

Anémie, pâleur des téguments.

La malade reviendra ou non, suivant que M. Letulle aura décidé si elle doit ou non aller à la campagne. Le traitement serait alors remis à 2 mois.

La malade revient.

Le 5 septembre, après avoir fait des lavages du nez pendant plusieurs mois, l'amélioration subjective est très marquée ; plus de ronflement nocturne, plus de mucus nasal.

Examen du nez. — Muqueuse rouge ; muco-pus logé dans la narine droite.

Pharynx. — Muco-pus descendant de la voûte. Pas de sécheresse.

La rhinoscopie postérieure est impossible à cause des réflexes exagérés de la malade.

Traitement actuel : badigeonnage du cavum au nitrate d'argent au 4/20.

(Pendant tout le mois de septembre, c'est-à-dire 12 fois, le cavum a été badigeonné au nitrate d'argent au 4/20.

Le 1^{er} octobre. — Va beaucoup mieux. Ne mouche presque plus, mais encore un peu de mucosités transparentes.

Ne ronfle plus la nuit ; ne bave plus. Ses oreillers ne sont plus tachés, tandis qu'avant, en se réveillant, elle trouvait son oreiller inondé de salive. N'a plus la sensation d'obstruction nasale.

Le nez va bien, pas traces de muco-pus ; muqueuse un peu rouge.

Le pharynx : paroi pharyngienne postérieure, très peu de sécheresse, quelques petites granulations, à peine apparentes.

Cavum absolument libre. La rhinoscopie postérieure ne peut être faite que rapidement avec la méthode de Voltolini.

La malade est guérie.

obs. x. — *Adénoïdite consécutive à une scarlatine. Otile aiguë double.* — T... Georges, 11 ans, 15, rue Louis-le-Grand.

Cet enfant, dès la fin d'une scarlatine relativement bénigne, fut pris d'un coryza aigu à la suite duquel on observa de la rougeur des piliers, du voile et de la paroi postérieure du pharynx. Cet état n'occasionna d'abord qu'un léger mouvement fébrile, une sensation de cuisson très pénible au niveau de la gorge, le tout s'accompagnant, bien entendu, de phénomènes d'obstruction nasale, bouche ouverte, ronflements, etc. Deux jours après le début des accidents nous fûmes appelés auprès du malade qui commençait à se plaindre des oreilles.

Examen, nez : muqueuses rouges, fosses nasales remplies de pus, lequel descend dans le cavum et dans le pharynx qu'il tapisse dans toute sa surface. L'enfant est très docile, il se prête volontiers à un lavage du nez qui le débarrasse de l'amas de muco-pus encombrant ses cavités supérieures. On peut apercevoir alors, en haut du cavum, une masse assez volumineuse de tissu adénoïde oblitérant les choanes. Les deux tympanes sont bombés, rouges. On pratique la paracentèse. Grâce à l'antisepsie et aux soins rigoureux, l'enfant était guéri au bout d'une quinzaine de jours.

obs. xi. — *Adénoïdite ; pseudo-syndrôme de végétations adénoïdes ayant amené des troubles gastro-intestinaux et donnant lieu à des bronchites et à des accès d'asthme fréquents.* — Ces accidents sont consécutifs à une rougeole. Date de la première visite : 15 mars 1894.

C... Maud, 7 ans ; 34, rue Etienne-Marcel. — Cette enfant a eu la rougeole il y a un an. Tout se passa bien au cours de cette infection, mais un mois après, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de fièvre, de frissons. Le médecin appelé pensa qu'il s'agissait là d'une angine, sans cependant pouvoir nettement préciser le diagnostic. Le pharynx était seulement un peu rouge. Cet état dura 4 ou 5 jours, au bout desquels tout parut rentrer dans l'ordre. Quelques jours après réapparition des accidents. Depuis ce temps on observa que la petite malade

ronflait la nuit, qu'elle dormait la bouche ouverte. Jusqu'alors bien développée, très intelligente, elle se mit à dépérir. Il survint également un peu de dureté de l'ouïe. L'enfant, dit la mère, ne pouvait être sortie le soir sans être immédiatement prise de bronchite. Il se produisait même de temps à autre des accès d'asthme qui inquiétaient beaucoup les parents. Tous les troubles furent mis sur le compte de la bronchite. Cependant, en présence du ronflement et des symptômes d'obstruction nasale on pensa à des végétations adénoïdes, et l'enfant nous fut amenée.

Examen. — Enfant chétive, pâle, anémiée. Les conjonctives décolorées tranchent sur la teinte jaune paille des téguments.

Nez. — Un peu de muco-pus.

Pharynx tapissé de mucosités jaunâtres descendant du cavum. La rhinoscopie postérieure permet d'apercevoir en haut de la voûte un bourrelet adénoïdien peu volumineux n'obstruant ni les choanes ni les trompes. Le tout est rouge et tapissé de muco-pus épais. En outre des troubles respiratoires la mère se plaint surtout de l'anorexie dont souffre son enfant et des diarrhées fréquentes qui la fatiguent énormément.

Rien aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

Audition. Montre, 40 centimètres à droite, 45 à gauche. D. V. X à droite. Les deux tympans sont enfoncés, dépolis, peu mobiles. Nous parlons d'intervention possible si les troubles auriculaires ne s'amendent pas. 45 jours après nous revoyons l'enfant. On a fait des lavages du nez, des irrigations avec de l'eau sulfureuse, et l'on insufflait dans le nez, trois fois par jour, de la poudre d'aristol. Moins de muco-pus. Le traitement sera continué.

20 mai. — L'amélioration continue. Il y a encore dans le cavum quelques mucosités, mais elles sont à peine louches et en tous cas moins abondantes. L'appétit est meilleur. Il n'y a plus de diarrhée, plus de maux de tête. De temps à autre accès d'asthme, mais les attaques sont plus légères et plus espacées que jadis. L'enfant est envoyée dans une station d'eaux sulfureuses. Le traitement suivi a consisté uniquement en pulvérisations et en lavages du nez, ceux-ci assez espacés.

La malade a été conduite par ses parents sur les bords de la mer pour passer les vacances. Au retour la guérison paraît complète. L'enfant a grandi, a bon appétit, est gaie. Elle entend mieux. On constate cependant encore un léger degré d'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. L'audition s'est améliorée. Montre : 0,80 centimètres à gauche. 0,60 centimètres à droite.

Nous avons vu la petite malade encore ces derniers temps et l'amélioration s'était maintenue sans la moindre rechute.

OBS. XII. — *Adénoïdite et laryngite consécutive. Pas de végétations adénoïdes.* — Jeanne H..., 5 ans et demi, 231, boulevard Pereire ; entrée à la clinique le 4 janvier 1895, — n° du registre : 1093.

Enfant pâle, blépharite ciliaire, frère mort à 7 ans de méningite à la suite d'une otorrhée datant de 3 ans.

Depuis 2 ans ronfle bruyamment, a de la peine à avaler, s'étrangle en buvant et a des quintes de toux fréquentes. Très agitée la nuit, elle se réveille, crie, est sujette aux terreurs nocturnes. Voix étouffée, un peu rauque.

Pas de maux de gorge ni de maux d'oreilles. Scarlatine il y a un an, à la suite de laquelle les accidents ont augmenté d'intensité. S'enrhume très facilement du nez. Chaque coryza est suivi d'une petite bronchite.

Au moment de l'examen pas d'adénopathie angulo-maxillaire, respiration calme, bouche close, pas de faciès adénoïdien ; mais cornets inférieurs un peu tuméfiés. Pas de muco-pus, nez libre.

Pharynx, muco-pus abondant descendant du cavum. Amygdale peu développée.

Cavum, peu de végétations. Une légère saillie mamelonnée de l'amygdale pharyngée.

Larynx, vestibule très rouge. Cordes vocales inférieures blanches, un peu rouges à leur extrémité postérieure. Trainée de muco-pus sur les cordes.

Traitement : Pommade iodolée, pulvérisations d'eau sulfureuse.

Nous ne continuons pas les détails de l'observation, l'enfant étant encore en traitement. Qu'il nous suffise de dire que les bronchites sont moins fréquentes, la voix moins enrouée.

III

DE L'EMPLOI DE L'HUILE MENTHOLÉE AU 10° DANS LES RHINO-PHARYNGITES CHRONIQUES

Par le **D^r HAMON DU FOUGERAY** (du Mans).

L'étude nosographique des pharyngites chroniques est encore loin d'être complète. La clinique d'abord, puis les recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques, n'ont pas atteint le degré de perfection nécessaire pour fixer définitivement nombre de points discutés et discutables. Il en résulte que le traitement ne repose pas en ce moment sur des bases solides, et c'est pour cette raison que les résultats obtenus sont éminemment variables suivant les procédés employés, dérivés des théories très différentes admises par les différents spécialistes.

La manière d'envisager l'évolution des pharyngites chroniques doit-elle être conforme aux idées de Hajek, Lennox Browne etc... qui admettent l'unité pathologique de cette évolution dans laquelle l'hypertrophie, la granulation, l'atrophie ne seraient que les phases diverses d'une même entité morbide ; ou bien, faut-il, au contraire, concevoir l'existence de types bien définis, ayant chacun une étiologie, une marche et une lésion anatomique indépendantes ? Cette dernière opinion semble avoir rallié aujourd'hui un grand nombre d'auteurs, au moins pour certaines formes de pharyngites, et en particulier pour la pharyngite granuleuse. La dernière thèse⁽¹⁾, tout récemment parue sur ce sujet, repose toute entière sur ce principe.

(1) BAUDRILLER. — De l'angine granuleuse. Thèse de doctorat, Paris, mai 1895.

Quelle que soit la théorie admise, uniciste ou non, il reste un fait bien établi, c'est que le traitement local, tout en n'excluant pas le traitement général diathésique dont l'importance a été trop hâtivement niée en Allemagne, est de beaucoup le plus important, le seul même qui puisse donner des résultats sérieux à la condition d'être adapté à la lésion. Ce traitement local ne saurait être le même dans tous les cas ; bien plus, c'est une erreur grave de faire une application médicamenteuse uniforme sur toute l'étendue du pharynx qui peut présenter des lésions anatomiques très différentes juxtaposées. Ce dernier principe est trop rationnel pour qu'il soit besoin de le développer.

Mais il est un point sur lequel je tiens à attirer l'attention. Si l'on envisage le côté purement clinique de cette question, on reconnaîtra facilement qu'il existe un symptôme commun aux différentes pharyngites chroniques, que la lésion soit simplement catarrhale, ou bien hypertrophique avec ou sans granulations, ou atrophique. Ce symptôme consiste dans une gêne fonctionnelle qui se manifeste de différentes manières. Tantôt c'est une toux fatigante, tantôt, la sensation d'un corps étranger que les efforts du malade ne peuvent expulser, tantôt une sécheresse de la gorge très pénible, etc. etc....

Ce symptôme pharyngé s'accompagne souvent de troubles fonctionnels analogues du côté du nez ou du larynx, sans parler des réflexes. L'intensité de cette gêne fonctionnelle varie suivant les cas. Elle est parfois si légère qu'elle ne préoccupe pas celui qui en est atteint ; mais aussi, elle peut devenir si insupportable qu'elle affecte le moral même du malade, lui rend la vie insupportable et le détermine à renoncer à sa profession. J'ai tout dernièrement vu un cas semblable chez une institutrice de campagne venue me consulter après avoir essayé diverses médications inefficaces, et qui, pleurant à chaudes larmes, manifesta le plus violent désespoir que j'eus beaucoup de peine à calmer. Inutile d'ajouter que ce désespoir fit place à une grande joie, quand, sous l'influence d'un traitement approprié, cette institutrice put reprendre son enseignement.

Ce symptôme n'est donc pas une quantité négligeable pour le médecin. Bien au contraire, c'est le plus souvent parce qu'il

existe que l'on vient nous consulter. Quand cette gêne fonctionnelle est nulle ou à peu près, le malade ne s'en préoccupe pas. Il n'est pas rare, en effet, de constater, chez un malade qui se plaint de surdité, l'existence d'une rhino-pharyngite chronique, cause directe de l'affection de la trompe ou de la caisse, sans réaction fonctionnelle. L'absence de ce symptôme est dans ce cas plus funeste qu'utile au malade, qui en ne faisant pas traiter une affection pour ainsi dire latente, a laissé le temps à cette affection de se propager à l'organe de l'ouïe.

Lorsque, au contraire, cette gêne fonctionnelle existe, la première, je dirai même la seule chose que demande le malade, c'est d'en être débarrassé le plus rapidement possible. Il est bien évident que sous l'influence d'un traitement rationnel, ce symptôme disparaîtra, mais il subsiste parfois encore assez longtemps, surtout si le malade ne peut se rendre chez le médecin qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. C'est pour cette raison que j'ai expérimenté divers moyens thérapeutiques depuis plusieurs années. Les solutions de chlorhydrate de cocaïne ont une action trop fugace ; la buée d'alun, si largement employée dans les cliniques de Vienne, ne m'a pas donné de résultats satisfaisants ; la glycérine iodo-iodurée, le nitrate d'argent, les gargarismes, etc., etc., ne m'ont point paru atteindre le but. Ce but est en effet complexe. Pour arriver à atténuer la gêne fonctionnelle produite par les diverses lésions des muqueuses du nez, du pharynx et du larynx, il me paraissait nécessaire d'employer une substance inoffensive que le malade pût manier en toute sécurité. Cette substance devait être anesthésique, antiseptique, et, de plus, devait agir en modifiant l'état congestif local. Mieux que toute autre substance le menthol me paraît jusqu'à ce jour répondre à ces indications.

Depuis deux ans, j'emploie journellement à ma clinique la solution de menthol au 10° dans l'huile ou la vaseline liquide. Après de nombreux essais, j'ai constaté que la proportion :

Menthol	1
Huile d'amandes douces ou Vaseline liquide. . .	10

était suffisante dans la majorité des cas.

Je prescriis donc à tout malade atteint de rhino-pharyngite chronique deux à trois badigeonnages par jour. Chaque badigeonnage doit être pratiqué de la façon suivante.

Le malade commence par tremper dans l'huile mentholée un petit pinceau semblable à ceux qui servent à faire de l'aquarelle, puis il l'introduit successivement dans chaque narine, renverse la tête en arrière et aspire fortement jusqu'à ce qu'il sente le goût du menthol. Prenant ensuite un grand pinceau coudé monté sur un manche en bois, que l'on trouve chez tous les pharmaciens, il l'imbibe de la solution et se badigeonne largement le pharynx en allant le plus bas possible et en remontant en arrière et au-dessus du voile.

Ce procédé simple m'a semblé le plus pratique ; mais on peut aussi employer l'huile mentholée en pulvérisations nasales, pharyngées et même rétro-nasales si l'intelligence et la sensibilité du malade le permettent.

Quoique le goût du menthol ne soit pas toujours agréable-ment ressenti au début, je puis affirmer cependant que tous mes malades se sont habitués rapidement à ce mode de traitement.

Les effets du menthol sont souvent surprenants. Au bout d'un temps très court, parfois deux ou trois jours, les sensations anormales sont considérablement atténuées et les malades, encouragés par ce premier résultat, acceptent avec confiance les autres moyens thérapeutiques qu'on leur propose, tels que cautérisation chimique, galvano-cautère, granulotomie etc., etc...

L'emploi de l'huile mentholée au 10°, tel que je viens de le décrire, est d'une innocuité absolue. Je n'ai jamais constaté le plus léger accident. Le malade peut donc s'en servir en toute sécurité. De plus, ces badigeonnages peuvent et même doivent être pratiqués sur toute l'étendue des muqueuses malades, ce qui permet de s'en servir à la fois pour le nez et pour le nasopharynx et l'oro-pharynx. Agissant comme anesthésique et antiseptique, modifiant très heureusement l'état congestif local, rétablissant les sécrétions supprimées ou altérées, le menthol est un adjuvant précieux des autres agents thérapeutiques employés dans les différents cas. Ce n'est du reste qu'à ce titre

que je le signale, et je me garderai bien de tomber dans l'erreur commise par divers auteurs, en voulant en faire le seul et unique moyen de traitement des pharyngites chroniques. Il n'y a pas une pharyngite chronique, mais bien des pharyngites chroniques, ou, pour ne pas trancher cette question nosographique encore discutée, des états pathologiques différents avec lésions variables réclamant des modes de traitement appropriés.

Quoiqu'il en soit, après avoir expérimenté les badigeonnages du nez et du pharynx avec l'huile mentholée au 10^e sur plusieurs centaines de malades, je puis affirmer que, si ce moyen ne doit pas être considéré comme exclusivement curatif, il procure presque toujours une amélioration rapide, et soulage, en atténuant, jusqu'à la faire disparaître, cette gêne fonctionnelle si fréquente et parfois si pénible. C'est à ce seul point de vue que j'ai cru utile de signaler ce procédé.

IV

UN CAS D'APHONIE HYSTÉRIQUE

Par le Dr **M. MANDELSTAMM**

Le 17 janvier 1895, M^{me} veuve T., cultivatrice, arrivant de province, vient nous consulter pour une aphonie complète. Elle nous raconte, qu'il y a trois mois elle fut prise d'un coup de froid et devint subitement aphone. Elle fut traitée pour une laryngite catarrhale, et bien qu'elle ne souffrit pas de la gorge, la voix ne revenait toujours pas. Voyant qu'elle n'en venait pas à bout, elle se décida d'aller consulter un médecin à Paris. M. le docteur Pillon, auquel elle s'adressa, ne lui trouvant rien aux poumons, ni dans la gorge, l'envoya à notre consultation. La malade est âgée de 35 ans, d'une constitution délicate. Pas d'antécédents héréditaires. Son père est mort d'une attaque d'influenza à l'âge de 73 ans, sa mère est vivante et jouit d'une bonne santé. Elle a eu quatre enfants, dont deux sont morts d'un accident, les deux autres qui lui restent, un garçon de 10 ans et une fille de 7 ans, se portent bien. A la suite de la naissance de sa fille, il y a 7 ans, elle a eu une forte secousse morale : le lendemain de ses couches on lui apporta son petit garçon écrasé par une voiture. Après cette grande émotion elle devint *nerveuse* et avait souvent des cauchemars dans la nuit. Quatre ans après elle a eu une fièvre typhoïde, dont elle n'a guéri définitivement qu'au bout de trois mois et qui lui a laissé, comme reliquat, une aménorrhée pendant trois mois. Après la réapparition des règles elle conserva une dysménorrhée, et très souvent, au moment des règles, elle avait des crachements de sang. Avec ces antécédents de la malade et en présence d'une extinction complète de la voix, il n'était pas difficile de conclure qu'il s'agissait d'une aphonie hystérique. Le diagnostic s'imposait ; il fut définitivement confirmé par l'examen de la malade, surtout par l'examen laryngoscopique. Rien du côté des poumons. Il existe une hypéresthésie très marquée au niveau de

l'angle de l'omoplate et de l'appendice xyphoïde. Le champ visuel est considérablement rétréci. Le pharynx a conservé sa sensibilité normale. La muqueuse laryngée est normale et les cordes vocales sont d'un blanc nacré, mais pendant les efforts de phonation, la glotte reste béante, présentant un triangle isocèle à large base en arrière. Malgré tous les efforts que fait la malade, il lui est impossible d'émettre un son, les cordes vocales ne se rapprochant pas. Dans le but d'explorer la sensibilité de la muqueuse laryngienne, nous touchons, au moyen d'une sonde métallique, recourbée à son extrémité, successivement l'épiglotte, les bandes ventriculaires et les cordes vocales. Aussitôt que la sonde a touché les cordes vocales, la malade commence à émettre des sons. En même temps elle est prise d'un spasme glottique, qui cède facilement à une aspersion d'eau froide. La malade nous parle, la voix est revenue, conservant toutefois quelque raucité. Nous pratiquons de nouveau l'examen laryngoscopique et nous constatons que, pendant la phonation, les cordes vocales se rapprochent vers la ligne médiane, mais qu'il reste encore entre elles un intervalle étroit sur toute leur longueur. Nous instituons un traitement général (bromure, valériane, d'arnica). Le lendemain, la malade parle de sa voix normale, le rapprochement des cordes vocales est complet. Nous revoyons la malade au bout de 5 jours avec M. le docteur Pillon et constatons le retour complet de la voix. Nous regrettons de n'avoir pu suivre plus longuement la malade, qui a été obligée de retourner chez elle, à la campagne.

Comme on le voit, chez notre malade la paralysie avait frappé tous les adducteurs, sans intéresser en même temps les abducteurs.

Y a-t-il paralysie des abducteurs d'origine hystérique ? C'est un point qui, jusqu'à présent, n'a pas encore été suffisamment élucidé. Si, d'une part, il ne paraît pas impossible d'admettre *a priori*, que dans l'hystérie la paralysie puisse frapper les muscles abducteurs, ainsi bien que les adducteurs, ou tout autre muscle de l'économie, il n'existe, d'autre part, jusqu'à présent, d'observation bien probante de paralysie des abducteurs d'origine hystérique, tandis qu'on ne compte plus les cas de paralysie hystérique des adducteurs. L'interprétation de ce phénomène, d'après ce que nous savons sur la physiologie

nerveuse du larynx, n'est du reste pas difficile. Les crico-aryténoïdiens postérieurs, muscles respiratoires, ayant pour fonction des mouvements involontaires, ont leur seul centre d'innervation dans le bulbe, du moins n'est-on pas encore arrivé à démontrer l'existence d'un centre respiratoire dans les hémisphères cérébraux, tandis qu'on connaît, depuis les recherches de Krause et de Semon et Horsley, un centre cortical phonatoire, dont l'irritation produit l'adduction des cordes vocales, sans provoquer des mouvements respiratoires. Ainsi, admet-on généralement l'origine cérébrale de l'aphonie hystérique, dans laquelle les muscles adducteurs, ayant une fonction soumise à la volonté et recevant leur innervation principale de l'écorce cérébrale, doivent être intéressés seuls, à l'exclusion des abducteurs.

Ce qui confirme bien l'origine cérébrale de l'aphonie hystérique c'est la conservation de la contractilité électrique par les muscles intéressés. Non seulement l'électrisation produit le rapprochement des cordes vocales, mais il n'est pas rare d'obtenir, en une seule séance d'électrisation le retour complet et définitif de la voix. De même que l'électrisation, il suffit parfois de la moindre irritation périphérique, telle que l'attouchement des cordes vocales au moyen d'une sonde (comme c'était le cas chez notre malade), voire même l'introduction du miroir laryngien dans le fond de la gorge, pour faire disparaître l'aphonie. Certes, beaucoup plus nombreux sont les cas, dans lesquels l'aphonie, avec une ténacité extrême, résiste à tout traitement, mais dans ces cas-là il faut penser à une contracture des muscles antagonistes.

Quant à l'étiologie de l'aphonie chez notre malade, il est évident que cette aphonie, bien qu'elle eût pour cause occasionnelle le « coup de froid », dont parlait la malade, n'était en somme qu'une manifestation tardive d'une hystérie, dont le début remontait à un choc moral éprouvé 7 ans auparavant. Cette hystérie avait déjà, antérieurement à l'apparition de l'aphonie, présenté bien d'autres manifestations, telles que des cauchemars fréquents, dysménorrhée avec crachements de sang, etc.

CORPS ÉTRANGERS DU SINUS MAXILLAIRE GAUCHE

Par le **D^r BRUNSCHVIG**, chirurgien oculiste
de l'hôpital du Havre.

Les observations de corps étrangers du sinus maxillaire sont assez rares puisque, à la session de 1894 de la *Société française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie*, le D^r Combe, à propos de la publication d'une observation de ce genre, prétendait que les recherches bibliographiques les plus consciencieuses ne lui avaient pas permis de découvrir, dans la littérature médicale, d'autres observations semblables. Il s'agissait, dans son cas, d'un tube de drainage en étain ayant séjourné quatre ans et un mois dans l'antre d'Highmore et qui s'était éliminé spontanément par les fosses nasales. Après la lecture de ce travail, le D^r Moure rapporta l'observation d'un étudiant en médecine chez lequel on avait pratiqué l'ouverture du sinus. En mangeant, il s'était introduit, par l'ouverture, une parcelle d'aliments. Il voulut l'enlever, avec une allumette qui cassa et dont un fragment pénétra dans le sinus. Il fut facilement enlevé avec une injection.

Puis, le D^r Raugé cita une observation de chicot poussé par un dentiste dans le sinus par l'alvéole défoncée et rendu spontanément par la narine. Il rappela, en même temps, la célèbre auto-observation de Ziem qui porta, durant des mois, dans son sinus maxillaire, un fragment d'instrument brisé dans un essai d'avulsion dentaire. Celui-ci, dans une note parue dans le n° 9 des *Annales des maladies de l'oreille* de 1894 rappelle, outre son observation de 1886, deux cas publiés en 1891. Dans le premier, il s'agissait d'une canule brisée à l'entrée de l'ouverture pratiquée dans l'antre et qui put

être enlevée immédiatement avec un fil de fer recourbé. Dans le second cas, le même procédé réussit à faire sortir un fragment de canule en acier qu'il n'avait pas pu extraire avec un électro-aimant.

Il faut citer encore le cas d'Eulenstein (*Monatschrift für Ohrenheilk*, n° 7 juillet 1893). Pointe de trocart, qui se brisa au moment de l'opération et qui sortit quatre mois après du sinus, par l'orifice naturel, au moment d'une injection.

Enfin, une autre observation est celle de Gouly (*Arch. int. de laryng.*, janvier, février 1895, page 7). Petite extrémité de canule qui se brisa et resta dans le sinus. Une injection le fit sortir huit jours après. Il rapporte le cas de Kœnig (*Monatschrift für Ohrenheilk*, 1893, 47) où il s'agissait de l'élimination spontanée d'une lame de couteau de 4 centimètres de long et ayant séjourné 48 ans dans le sinus. Il y ajoute une communication écrite de Moure, pour un autre cas où 12 morceaux d'ouate, enfoncés dans le sinus par un dentiste, furent éliminés par l'orifice alvéolaire, par la fosse nasale ou extraits avec la pince.

Malgré ce nombre assez respectable d'observations, j'ai voulu vous en communiquer une nouvelle qui m'a semblé intéressante à cause de la multiplicité de corps étrangers que renfermait un sinus maxillaire et, surtout, de la rapidité avec laquelle les phénomènes de suppuration ont cessé.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, Monsieur H., qui vint me consulter le 24 septembre 1894. On lui avait enlevé, un mois auparavant, une molaire du côté gauche avec un instrument qu'il ne peut bien me décrire. Immédiatement après cette extraction, il sentit une ouverture au niveau de la dent enlevée. Comme il le faisait remarquer à son dentiste, celui-ci lui répondit que c'était un abcès qui se viderait et se fermerait seul. Il ne s'en préoccupa donc pas autrement et partit du Havre le lendemain pour un mois. Pendant cette absence, comme il sentait toujours une cavité qui l'intriguait, il essaya d'en sonder la profondeur avec des morceaux de paille, des queues de cerises, des bouts de bois, etc., etc.

Le jour où il se présenta à ma consultation, il répandait une odeur infecte qui rappelait celle de l'ozène. Il me dit que lui-

même en était gêné. Dès son retour, ses parents qui en étaient incommodés lui firent la même observation.

Je constatai sur le bord alvéolaire gauche un vaste orifice et à l'entrée un magma purulent. Il est facile de voir que le sinus est largement ouvert et je procède immédiatement à un grand lavage borique tiède. Je trouve alors dans mon plateau des fétus de paille, des queues de cerises, des croûtes de pain et une quantité d'autres débris qu'il est impossible de reconnaître. Je place un coton volumineux pour fermer cette ouverture en priant le malade de revenir le lendemain.

Le 25 septembre, l'odeur nauséabonde n'avait pas disparu. Nouvelle injection qui m'amène un morceau de paille plié en forme de V; d'autres, tout droits, sont extraits avec une pince fine. J'aperçois ensuite une masse grise qui vient boucher l'orifice du sinus et qui se brise lorsque j'essaie de la prendre avec les pinces. J'introduis alors un petit crochet mousse à cataracte avec lequel, mais non sans efforts, je finis par ramener un morceau de bois d'un centimètre de long et d'un diamètre semblable. Nouveau lavage qui ramène à l'entrée un autre fragment de même aspect et de même diamètre. Par la même manœuvre j'en fais l'extraction et je trouve l'autre partie macérée du morceau de bois. Après avoir injecté une assez grande quantité d'acide borique, je pus voir les parois du sinus. Elles présentaient un aspect gris sale avec des exsudats de même teinte. Je plaçai un gros tampon de ouate pour obturer cet orifice.

Le coton que j'avais appliqué s'étant imprégné dans la soirée, Monsieur H. le retire pour en mettre un autre qui pénètre dans le sinus. Un deuxième suit le même chemin.

Le 26 septembre, il m'arrive avec ces deux tampons que j'extrai assez facilement. Je l'adresse alors à mon ami le Dr A. Lorentz, dentiste, en le priant de faire une pièce mobile pour fermer complètement l'orifice. Pendant tout ce temps, le malade faisait trois fois par jour des injections dans le sinus avec une solution d'acide borique que je remplaçai, le 27 septembre, avec l'acide salicylique à 4 $\frac{0}{100}$. Aussi, la muqueuse n'avait pas tardé à reprendre sa coloration rose normale et les plaques grisâtres à disparaître. L'appareil fut rapidement placé. Il se composait d'une plaque en caoutchouc durci, surmontée d'un morceau conique de caoutchouc souple, qui entraînait dans la perforation et destinée à être diminuée au fur et à mesure que l'orifice se rétrécirait. Les injections furent continuées et toute odeur avait disparu.

CORPS ÉTRANGERS DU SINUS MAXILLAIRE GAUCHE 461

Le 6 octobre, l'ouverture était un peu moins considérable. Quelques points gris qui s'étaient de nouveau montrés sur la muqueuse ne tardèrent pas à s'effacer et, en enlevant l'appareil, on ne trouvait pas traces de pus.

Le 12 octobre, pas de changements dans les dimensions de l'ouverture qui mesure transversalement 8 millimètres et d'avant en arrière 5 millimètres.

Un mois après, comme il n'y avait pas de tendance à la diminution de l'orifice, nous conseillons, le D^r Lorentz et moi, de faire un avivement avec glissement pour fermer cette ouverture avant de placer un appareil fixe que réclamait le malade, mais nous ne le revîmes plus ni l'un ni l'autre.

Cette observation nous permet de formuler quelques conclusions pratiques :

1° Dans le cas de corps étranger du sinus maxillaire, il y a intérêt à l'enlever le plus rapidement possible, car on fait cesser, presque immédiatement, les phénomènes de suppuration.

2° Nous conseillons, en pareil cas, de pratiquer d'abord une large irrigation.

3° Si le corps étranger ne peut être expulsé par l'orifice naturel du sinus ou par celui qui vient d'être créé, mieux vaut agrandir l'ouverture alvéolaire chirurgicale que de s'ouvrir une voie à travers la fosse canine comme l'ont fait divers auteurs. De cette façon, on pourra facilement se rendre compte de l'état du sinus et saisir le ou les corps étrangers. Le petit crochet mousse à cataracte sera des plus utiles et, à son défaut, on utilisera un fil de fer recourbé en anse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE ⁽¹⁾

Séance du 4 avril 1895.

Président : Prof. STÖRK

Secrétaire : Dr RONSBURGER.

1^o PANZER. — **Nævus vasculaire du voile du palais.** Il siège sur la moitié gauche de cet organe mou et se compose de trois parties plus ou moins séparées. Le nævus ne dépasse pas la surface de la muqueuse et est insensible à la pression. On trouve dans la muqueuse, par place, des ectasies veineuses. Le malade a cette tumeur presque depuis sa naissance, il a aujourd'hui 24 ans, et il n'en a jamais souffert ; jamais on n'avait observé son accroissement, ce qui fait que l'on n'avait pas songé à une intervention thérapeutique.

Le Prof. STÖRK a observé des cas d'angiômes caverneux intéressants sous plusieurs rapports. Dans un de ces cas, la tumeur, qui semblait fongueuse, siégeait sur l'amygdale hypertrophiée. STÖRK ouvrit la tumeur d'abord par le bas, puis par le haut au moyen d'une aiguille à ligature et il réussit à la faire disparaître sans hémorrhagie. Le second cas concernait une jeune fille atteinte d'une tumeur molle de l'arcade palatine droite, qui était survenue à la suite d'une angine phlegmoneuse. Sans aucun traitement, la tumeur régressa en l'espace de quelques mois et guérit spontanément. Dans un autre cas semblable de nævus vasculaire, il se forma, à la suite d'une injection de perchlorure de fer, une grande eschare qui finit par s'affaisser. Mais STÖRK se méfie des injections de perchlorure de fer.

GROSSMANN vit une tumeur tonsillaire fluctuante qui fut

(1) D'après le compte rendu de la *Wiener klin. Wochenschr.*, 9 mai 1895.

reconnue plus tard à la clinique d'Albert pour un anévrysme. Après la ligature de la carotide la tumeur disparut ainsi que les douleurs qu'elle avait provoquées.

ROTH a rencontré des nævi de la muqueuse buccale qui étaient plus petits que celui qui vient d'être montré. Une tumeur molle, à peine grosse comme un pois, sortait du pilier antérieur droit; dans un autre cas la petite tumeur pendante siégeait au bord latéral de la langue, et une autre fois dans la muqueuse de la joue. Aucun traitement ne fut institué.

Le Prof. STÖRK termine en parlant des hémorrhagies pharyngiennes et il cite un cas qu'il a soigné pour une hémoptysie. A l'examen du malade, qui avait toujours du sang dans la bouche le matin, on trouva immédiatement derrière la luette une ramification vasculaire qui était l'origine de l'hémorrhagie; le vaisseau atteint fut cautérisé à l'acide nitrique.

Le Prof. CHIARI a soigné un homme de 75 ans atteint d'hémorrhagies buccales. Des pétéchiies de la voûte palatine furent reconnues comme cause des hémorrhagies.

HÁJEK observa une femme qui vomit du sang à plusieurs reprises. Elle se fit soigner longtemps par divers médecins pour des hémorrhagies des poumons et de l'estomac sans que l'on trouvât un substratum certain pour le diagnostic d'hémorrhagie du poumon ou de l'estomac. Toutefois, H. remarqua que l'hémorrhagie se montrait ordinairement au cours du repas, ce qui donnait à penser que la cause résidait dans les voies supérieures. C'est seulement après de nombreuses recherches que H. découvrit sur une veine de la base de la langue un caillot sanguin dont l'ablation provoqua une hémorrhagie assez intense. H. arrêta l'hémorrhagie au moyen d'attouchements avec des plumasseaux d'ouate, puis il cautérisa la partie malade à l'acide chromique cristallisé, ce qui mit fin à l'hémorrhagie. Il arrive fréquemment que ces sortes d'hémorrhagies sont imputables à de petits vaisseaux sanguins dilatés, et superficiels; comme ils ne sont pas toujours faciles à découvrir, il est naturel que l'on pense à une hémorrhagie du poumon ou de l'estomac.

ROTH a vu un cas, dans lequel par une toux légère le malade rejetait des crachats de couleur chamois, sans jamais avoir d'hémorrhagie sérieuse. A l'examen on reconnut un catarrhe chronique du pharynx avec relâchement de la muqueuse.

2° KOSCHIER. — **Présentation d'un lymphangiôme caverneux** (1).

(1) *Wiener med. Blätter*, 1895.

Il a été opéré il y a cinq mois et il récidive maintenant. A cette époque la tumeur, un peu plus grosse qu'une noisette, siégeait à la surface postérieure du repli aryépiglottique gauche, et était étroitement enserrée par son voisinage ; à présent la tumeur occupe non seulement la surface postérieure de la paroi laryngée postérieure mais aussi la surface antérieure, ce qui fait que la région des cartilages aryénoïdes, de même que les replis ary-épiglottiques, sont fortement hypertrophiés. Déjà lors de l'examen histologique de la tumeur primitive certaines de ces parties ressemblaient à du sarcome, ce qui semble confirmé actuellement par la prompte récidive et l'extension de la tumeur.

3^e Le Prof. CHIARI montre deux **rhinolithes** qu'il a extraits à la fin de 1894. Le premier était plus gros qu'un haricot, renfermait un noyau de fruit et fut retiré du nez d'une fillette de 11 ans qui vint à la clinique pour de l'ozène.

Le second, de la dimension d'une noisette, avait pour noyau un fragment de caillou (ardoise ?) et résidait dans la narine gauche d'une femme de 50 ans ; il était survenu consécutivement une atésie osseuse de la choane gauche qui présentait l'aspect ordinaire d'une atésie congénitale.

L'auteur présente encore trois autres rhinolithes qui avaient toujours pour noyaux des corps étrangers (bouton de métal, noyau de fruit et fragments de bouchons de liège). Ces trois cas ont déjà été publiés. C. dit que de petites parcelles d'un des rhinolithes présentèrent des amas de bactéries après avoir été attaquées par des acides, ainsi que Gerbér l'a décrit en 1892⁽¹⁾ ; toutefois, on n'a pas encore résolu la question de savoir si ces schizomycètes sont calcifiés ou simplement enveloppés de chaux. Dès 1889, Chiari⁽²⁾ a conclu de la présence de nombreux microorganismes dans le mucus fétide qui environne les rhinolithes, que ces organismes provoquent vraisemblablement la séparation des sels calcaires du mucus nasal et qu'ils favorisent leur dépôt autour du corps étranger.

4^e ERSTEIN. — **Tuberculose laryngée avec abcès de la corde vocale droite.** Ce dernier est situé au milieu de la corde vocale, il apparaît en demi-lune sur la surface supérieure et semble être étroitement limité et avoir la dimension d'un pois. On voit dans l'espace sous-glottique à droite, une forte voussure dont la formation et la progression ont été observées pendant deux

(1) *Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 51, 1892.

(2) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, page 21.

jours. Cette saillie provoque des symptômes marqués de sténose. L'abcès évolua en trois jours, de même qu'un autre qui était apparu trois semaines auparavant au bord gauche de l'épiglotte. Cette observation est remarquable, par le peu de temps qu'ont mis à se développer ces abcès circonscrits.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 28 mai 1895 ⁽¹⁾

Président : Prof. GRUBER

Secrétaire : Dr POLLAK

URBANTSCHITSCH présente quatre malades :

Le premier cas concerne l'influence particulièrement favorable exercée dans quelques occasions par l'**extraction du marteau sur la fonction auditive de l'autre oreille secondairement affectée**. Le malade, âgé de 34 ans, souffrait depuis sa quatorzième année d'une otorrhée gauche, qui, au bout de dix ans, donna lieu à une surdité du côté droit. Les traitements employés demeurèrent sans effet, et finalement, le malade ne perçut plus qu'à deux ou trois pas la voix chuchotée à l'oreille droite. Le 5 février 1891, pour guérir la suppuration de l'attique du côté gauche, on enleva le marteau qui fut reconnu sain ; à la suite de cette extraction, la suppuration diminua sensiblement, et à présent elle est tout à fait minime. Après l'opération, l'oreille gauche resta aussi inerte qu'auparavant au point de vue fonctionnel, tandis que, dès le lendemain de l'intervention, l'oreille droite s'améliora notablement au point de vue de l'audition

(1) D'après le compte rendu officiel. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin 1895.)

(voix chuchotée à quatre pas) qui s'éleva les jours suivants à dix et douze pas pour la voix chuchotée aiguë, et qui s'est maintenue à ce diapason après quatre années.

Dans le deuxième cas, il s'agit également d'une **extraction du marteau**, qui n'amena pas d'amélioration de l'ouïe pour la meilleure oreille, mais qui eut pour résultat de faire cesser le vertige violent, et d'empêcher les progrès de la diminution constante de l'audition. On remarquera la cicatrice calleuse qui s'est formée sur la membrane à la place du manche du marteau extrait, qui fait absolument l'impression d'un manche de marteau.

Le troisième malade présente une **tumeur du conduit auditif droit, osseuse, bosselée**, en remplissant entièrement la lumière, que l'on peut contourner avec la sonde par en haut, en avant et en bas, et que l'on suit jusque dans la cavité tympanique, qui s'est étendue sur la paroi du conduit auditif, et que l'on voit jusque sur l'apophyse mastoïde. Cette exostose a la consistance de l'ivoire, ainsi qu'on a pu le voir en essayant de la morceler par le conduit auditif. La tumeur sera bientôt opérée et les résultats de l'opération seront communiqués.

Le quatrième cas concerne un **néoplasme bénin du pavillon** de l'oreille gauche, dont le siège se trouve sur le bord de l'hélix au passage du lobule, qui diminue sous la pression du doigt, est circonscrit, se déplace vers la base du cartilage, et offre une consistance plus compacte dans sa portion rétrécie. L'usage des alcools, la mauvaise disposition d'esprit, l'action du froid, font atteindre la dimension d'une noix à la tumeur vasculaire qui avait auparavant celle d'une noisette. A la prochaine séance, Urbantschitsch définira la nature de la tumeur qu'il va opérer.

Discussion 1^{er} cas : POLITZER demande à U. de quelle manière il explique l'amélioration de l'ouïe de l'oreille non opérée. Selon P. il n'existe rien qui provoque ce phénomène.

URBANTSCHITSCH croit qu'il faut l'attribuer à l'action synergique des deux tenseurs du tympan qui a été démontrée par les expériences sur les animaux de Pollak et les recherches de Gellé.

POLITZER dit que ces explications ne le satisfont pas. L'action synergique des tenseurs chez l'homme n'a pas été prouvée ; de plus, l'affection unilatérale de l'oreille moyenne de l'autre côté devrait être beaucoup plus prononcée, ce qui n'est pas le cas ici.

URBANTSCHITSCH s'appuie sur les cas qu'il a présentés à la der-

nière réunion des Naturalistes et dans lesquels, au moyen de la raréfaction de l'air d'un côté, il put influencer le pouvoir auditif du côté opposé.

2^e cas : GOMPERZ a observé le même aspect dans un cas d'extraction du marteau qui fut suivie d'une cicatrice en forme de cordon, qui pouvait être confondue avec le marteau.

URBANTSCHITSCH demande à G. si la cause n'en devait pas être attribuée à une excitation périostale de la paroi interne de la cavité tympanique ? Dans son observation, il n'existait ni adhérence de la membrane du tympan, ni de la paroi tympanique interne.

GOMPERZ répond que dans le cas qu'il a observé, la cicatrice avait proliféré avec la paroi interne de la cavité tympanique.

GRUBER attribue la formation de la cicatrice au riche tissu provenant de la paroi supérieure du conduit auditif.

URBANTSCHITSCH demande si l'on a déjà vu des cicatrices calleuses de la membrane tympanique ?

GRUBER n'en a jamais rencontré, et il n'a jamais vu non plus une membrane se développer à la suite de l'extraction du marteau.

3^e cas : POLITZER considère la tumeur comme un ostéome provenant de l'apophyse mastoïde et faisant issue dans le conduit auditif externe. Ce genre d'ostéome est rare : P. n'en a pas décrit dans son Traité.

GRUBER a vu de ces cas à sa clinique et il les a opérés, mais ils ressemblent à des chondrômes.

POLLAK, à propos de la genèse de ces tumeurs, rapporte qu'il eut dans un cas affaire à un ostéome remplissant tout le conduit auditif externe, qui un an après l'extraction, fut remplacé par un polype fibreux du conduit auditif. Malheureusement, le malade fut perdu de vue.

A. POLITZER. — **Forme rare d'exostose du conduit auditif externe, avec présentation des coupes s'y rapportant.** L'auteur dit tout d'abord que malgré le grand nombre d'observations d'exostoses du conduit auditif externe, on ne possède que peu de coupes se rapportant à des cas suivis soigneusement pendant la vie.

P. montre une préparation provenant d'un savant de 69 ans qu'il a eu fréquemment occasion d'observer depuis 30 ans. Dès le premier examen, l'auteur trouva l'orifice auditif externe droit, obstrué par une exostose de couleur jaune, partant du bord postéro-supérieur, dont le bord libre antéro-inférieur droit, touchait la paroi opposée au conduit auditif. Le malade

ne put fournir aucun renseignement sur la genèse de cette exostose, et ne put pas affirmer avoir souffert auparavant d'une otorrhée. Le symptôme principal était la surdité produite en partie par l'exostose elle-même, et en partie par l'accumulation de cérumen et de masses épidermiques derrière l'exostose.

Après l'enlèvement de ces masses au moyen de sondes minces introduites dans le conduit auditif, opération qui fut répétée à des intervalles de 4 à 5 ans, l'audition s'améliora, et l'on obtint une diminution subjective importante. Le malade ne consentit pas à l'ablation de l'exostose. Il y a quelques années, il me fut envoyé par le Dr Teleki qui me dit que, depuis quelques jours, le malade souffrait de violentes douleurs, et qu'il existait un écoulement fétide. Encore une fois, par l'introduction de drains d'un très petit calibre entre l'exostose et la paroi du conduit auditif, je détruisis les masses épidermiques putrides d'un jaune brun, et j'enrayai les accidents douloureux.

Le malade succomba au marasme il y a deux ans, et suivant sa dernière volonté, P. put enlever son organe auditif dans le but de recherches scientifiques. La préparation présente l'aspect suivant : du bord postéro-supérieur de l'orifice d'entrée au conduit auditif osseux part une exostose légèrement bosselée de un demi centimètre de long et un centimètre de large. Elle semble limitée par des sillons peu élevés du côté de l'écaille du temporal et du plan mastoïdien. Après l'extraction des parties molles et de la paroi antéro-inférieure du conduit auditif, on trouve la lumière du conduit obstruée par une masse épidermique d'un brun jaune calculeux, qui pénètre jusque dans la caisse par une petite perforation de la membrane tympanique, de la dimension d'une lentille. Après l'ablation de ces masses, le conduit auditif apparaît très agrandi, la marge tympanique sur la membrane de Shrapnell sur l'étendue d'une lentille, et le trou comblé par une mince cicatrice qui touche le marteau et l'enclume. La paroi supérieure du conduit auditif, jusqu'à un petit bord osseux qui limite le trou supérieur, est détruite par l'usure de la pression, et conduit dans une cavité à paroi un peu plus grande qu'une cerise, qui, en partie, occupe la région mastoïdienne. La base de l'exostose va d'un côté dans le bord émoussé qui sépare la paroi du conduit auditif des grandes cavités situées au-dessus du conduit, d'un autre côté, elle pénètre directement dans la cavité. L'apophyse mastoïde est totalement éburnée. La cavité tympanique supérieure et une partie de l'antre sont remplis de tissu conjonctif nouvellement formé, les cavités tympaniques

moyenne et inférieure sont libres ; le labyrinthe et les canaux acoustiques n'ont subi aucune modification.

Dans la conclusion de l'observation, P. fait remarquer que l'exostose était vraisemblablement imputable à une otorrhée antérieure, et que les anomalies osseuses du conduit auditif, et en partie celles de l'apophyse mastoïde, étaient dues à la rétention des masses épidermiques. La perforation de la membrane tympanique, ainsi que la perforation de la cavité osseuse dirigée vers l'antre ont été favorables à la migration des masses épidermiques de l'oreille moyenne dans le conduit auditif externe. Il est plus que probable qu'une destruction précoce aurait empêché la formation des anomalies osseuses du temporal.

A. POLITZER. — **Présentation d'une malade sur laquelle on pratiqua l'opération radicale de l'évidement des cavités de l'oreille moyenne suivie de la transplantation de Thiersch.** Femme de 46 ans, très bien portante jusqu'ici. L'origine et le début de l'affection auriculaire sont inconnus ; depuis un an, il existe par moment un léger écoulement de l'oreille droite, inodore. Quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, elle ressentit de vives souffrances dedans et derrière l'oreille gauche, depuis 14 jours, l'extrémité de l'apophyse mastoïde est visiblement tuméfiée.

Au premier examen, le conduit auditif est rétréci, rempli de pus, l'oreille moyenne renferme des granulations molles, les parties molles de l'apophyse mastoïde sont normales dans leurs portions supérieure et moyenne, à la pointe se trouve un abcès gros comme une noix, qui est apparu spontanément à un endroit de la dimension d'une tête d'épingle.

Le 18 avril dernier, on pratiqua l'opération radicale avec plastique de la paroi du conduit auditif ; dans la cavité tympanique et dans l'attique, se trouvent des masses cholestéatomateuses sèches, d'un blanc jaune. L'ouverture de la fistule dans l'abcès, à la pointe de l'apophyse mastoïde, conduit directement à la paroi inférieure de la cavité tympanique.

Le 24 avril, on fit la transplantation de Thiersch avec des lambeaux cutanés, enlevés à la partie externe de l'avant-bras gauche. La transplantation a parfaitement réussi sur les parois antérieure et inférieure du canal de la plaie, sur la paroi postérieure le nouveau tissu s'est déchiré. Malgré que l'épidermisation des parois antérieure et inférieure du canal produise des adhérences, on procédera à une nouvelle transplantation de la paroi postérieure. P. croit que l'ouverture permanente du canal de la

plaie dans l'apophyse mastoïde est le moyen le plus sûr pour empêcher la récidence du cholestéatome.

URBANTSCHITSCH a employé dans quelques cas la transplantation selon le procédé Siebenmann-Bezold. Une fois, il s'est servi avec un heureux résultat de la peau de l'autre pavillon de l'oreille, sur lequel il avait pratiqué une opération plastique ; dans un autre cas, il a employé la peau de la cuisse. Il a également fait la transplantation dans un cas de cholestéatome et après 12 jours d'observation, la réussite semble complète.

La communication du Prof. GRUBER sur le vertige de Ménière, a paru in-extenso dans le *Monatschrift für Ohrenkeilk.*, n° de juin 1895.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 12 décembre 1894.

Président : M. F. SEMON.

BOWLEY. — Paralyse double des abducteurs d'origine mal connue, associée à un goître ; dyspnée, opération, amélioration. Homme de 60 ans, entré à l'Hôpital Saint-Barthélémy le 17 mars 1894 pour dyspnée et catarrhe bronchique. Depuis deux ans il a constaté l'apparition d'un goître, et depuis plusieurs mois il a une certaine difficulté à avaler, depuis un mois la respiration est gênée. Plusieurs accès de dyspnée.

L'examen montre un kyste thyroïde de la grosseur d'une noix de coco sur le côté gauche du cou. Le larynx et la trachée sont déplacés. La glande thyroïde elle-même n'est pas augmentée de volume. La voix non modifiée est faible, la déglutition très lente et difficile. L'examen laryngoscopique montre une double paralysie très marquée des abducteurs.

Le 11 mars, le kyste est enlevé sans difficulté, la plaie réunit par première intention. Soulagement immédiat sauf une légère attaque de dyspnée au bout de trois semaines ; mais depuis il ne s'en est plus reproduit. La cause de la paralysie reste douteuse car il n'existe aucun signe de tabes ou d'affection cérébrale.

BOWLBY. — Anévrysme de la crosse de l'aorte, compression du nerf pneumogastrique gauche, du récurrent, des nerfs laryngés et de la trachée, parésie de la corde vocale gauche. L'auteur montre ces pièces qui proviennent d'un homme de 60 ans. Depuis un an, gêne de la respiration qui n'empêche pas le travail ; un mois avant son entrée à Saint-Barthélemy le malade perd en partie la voix. Depuis, l'enrouement et la gêne respiratoire ont augmenté, pas de dysphagie. Le malade est bien constitué.

Il n'y a pas de rétrécissement du larynx ni du pharynx. Les mouvements de la corde vocale gauche sont très faibles. L'abduction de la corde vocale droite est paresseuse. Sauf cela le larynx paraît normal. On ne trouve à ce moment aucune cause de paralysie, ni maladie des centres nerveux, ni tumeur de la poitrine. Comme la respiration n'était pas notablement gênée on diffère toute opération et le malade n'est revu qu'un mois après. A ce moment tous les symptômes se sont accentués et la trachéotomie reconnue nécessaire est pratiquée le 12 décembre. L'opération ne donne que peu de soulagement et le malade meurt subitement de syncope cardiaque le 17 décembre. L'autopsie, pratiquée avec grand soin, montre les organes abdominaux sains. Œdème et congestion du poumon droit. Toute la crosse de l'aorte est dilatée depuis son origine et près de la naissance de l'artère sous-clavière on trouve un anévrysme occupant environ 8 centimètres du vaisseau, s'étendant surtout en arrière et un peu à gauche. Il a légèrement érodé les 3^e et 4^e vertèbres dorsales et s'est insinué entre la trachée et l'œsophage qu'il comprime surtout au niveau de la tête du sternum. Le pneumogastrique et le récurrent droits ne sont pas comprimés ; le pneumogastrique et le récurrent gauche paraissent tendus, aplatis et adhérents à la face antérieure du sac. Ils ont évidemment été fort comprimés. L'intérêt de ce cas est surtout dans la paralysie de la corde vocale consécutive à la compression du pneumogastrique. La dyspnée était causée par le rétrécissement de la trachée. L'absence des signes physiques s'explique par ce fait que l'anévrysme ne touchait nulle part aux parois thoraciques, sauf au niveau des vertèbres.

DE SANTI pense que l'intubation eût été préférable à la trachéotomie.

F. SEMON. Cette observation comporte plusieurs enseignements. Les paralysies doubles par compression du nerf vague sont rares, mais la marche des symptômes dans ce cas con-

firme la loi relative aux affections précoces des abducteurs. Lorsque la cause de la compression est dans la poitrine il ne faut pas trop compter sur les bons effets de la trachéotomie. Le Dr Machéau (Buenos-Ayres) mentionne un cas de paralysie double des abducteurs chez un tuberculeux qui fut complètement guéri par l'iodure de potassium et l'électricité.

BUTLER montre un cas de **laryngite chronique** avec aphonie chez un homme qui avait pris la syphilis 5 ans auparavant et avait encore des manifestations cutanées. Les cordes vocales étaient rouges, épaisses et couvertes de saillies, surtout au niveau des commissures. Bien que le malade eût des antécédents tuberculeux, la question du diagnostic entre la syphilis et la tuberculose est ici facile à trancher à cause de la présence des papillomes multiples et de l'absence de tout symptôme de tuberculose. M. Richard Lake montre une canule à trachéotomie qu'un malade a conservée pendant 11 ans. Elle est très endommagée.

F. SEMON montre divers **corps étrangers extraits des voies laryngo-pharyngiennes**. M. Bronner pense que la règle donnée dans les livres n'est pas justifiée et qu'il faut agir dès que le diagnostic paraît certain.

W. G. SPENCER. — **Fibrome de la glande thyroïde ; thyroïdectomie partielle, trachéotomie et dilatation de la trachée rétrécie**. La malade est une pâle et mince domestique qui a toujours vécu à Londres. Depuis plus de 7 ans les parents avaient remarqué le gonflement du cou qui allait en augmentant. La mère a eu aussi une tumeur de la glande thyroïde (kyste ou adénome). A sa première visite à l'hôpital de Westminster, la glande thyroïde parut de volume normal mais dure comme une pierre. Pouls 130-140, pas d'exophthalmie. Bruit strident dans la trachée au niveau de l'isthme et qui retentit dans toute la poitrine. Aucun signe de phthisie. Ces symptômes s'aggravèrent, la cyanose survint. Opération le 11 avril 1894. Incision de l'isthme, sur la ligne médiane; son tissu est fibreux mais sans calcification. La trachée à ce niveau est complètement confondue avec la tumeur, on fait en conséquence la trachéotomie et la trachée est incisée de haut en bas jusqu'au niveau des cartilages normaux. Un mois après la blessure était cicatrisée, trois mois après la jeune fille était beaucoup mieux quoiqu'ayant encore conservé un léger bruit dans la trachée. Le reste de la glande était sain. Le pouls était encore à 120.

L'examen microscopique de la tumeur montre les alvéoles

non dilatées et leur contenu normal : mais elles sont séparées par des travées de tissu fibreux, dans d'autres parties la glande est complètement remplacée par du tissu fibreux qui paraît avoir pris naissance au niveau de la capsule glandulaire.

Il est à remarquer que le pouls resta rapide après l'ablation de la tumeur. Il ne survint, d'autre part, aucun signe de myxœdème, probablement parce qu'il restait encore suffisamment de glande saine.

Le point le plus important au point de vue chirurgical c'est l'inclusion complète de la trachée dans la tumeur, bien que celle-ci ne présentât aucun signe de malignité. La dégénérescence fibreuse de la glande thyroïde est extrêmement rare.

SCANES SPICER. — **Cas de paralysie de la corde vocale gauche avec paralysie du voile du palais survenue à la suite d'un refroidissement.** Les réflexes du genou, du coude, des pupilles normaux. Seul le réflexe du voile du palais manquait. On n'a pu trouver aucun antécédent de syphilis, d'influenza ou de diphtérie. Le malade a été beaucoup amélioré par la strychnine ; l'iodure de potassium pris à hautes doses pendant plusieurs semaines était resté sans effet.

BALL pense qu'il s'agit de paralysie diphtéritique.

HALE-WHITE a vu un cas semblable chez un saturnin.

MC BRIDE pense qu'il y avait là quelques modifications dans le fonctionnement des muscles innervés par le nerf spinal accessoire.

SCANES SPICER montre les pièces anatomiques d'un **anévrisme de la crosse de l'aorte avec paralysie de la corde vocale droite** provenant d'un marin de 48 ans, traité par lui et le Dr David Bleck à Saint-Mary's Hospital pour plusieurs accès de dyspnée intense, avec rauçité de la voix et douleurs dans la poitrine.

L'examen au laryngoscope montre une paralysie de la corde vocale droite. On remarque en haut de la poitrine à droite une voussure anormale, la respiration est sifflante. Le malade meurt de syncope cardiaque.

Le sac anévrysmal entourait les deux tiers du vaisseau et provenait de la dilatation de la partie postérieure de celui-ci. Le nerf récurrent adhérait au vaisseau. La trachée déplacée comprimait le récurrent et le pneumogastrique droit. La tumeur comprimait aussi la trachée.

SYMONDS. — **Cas d'ankylose du cartilage aryténoïde droit.** Chez une femme de 56 ans présentant, depuis un an de l'enrouement, toute la partie gauche du larynx était immobile. Le cartilage

aryténoïde droit mobile ne pouvait joindre le gauche, la fente glottique était oblique. Aucune ulcération sur les cordes vocales. Aucune cause de compression dans le cou ni ailleurs. Pas de dysphagie. Aucun signe de syphilis. C'est pourquoi l'orateur pense qu'il s'agit d'ankylose du cartilage aryténoïde.

SYMONDS montre un malade atteint d'**ulcération tuberculeuse de l'épiglotte** traitée avec succès par le curettage et l'acide lactique.

CLIFFORD BEALE dit que souvent l'ulcération tuberculeuse de l'épiglotte guérit sans traitement spécial.

BUTLIN mentionne un cas de guérison par les applications d'iodoforme.

MC BRIDE cite un cas de guérison spontanée dans lequel l'ulcération de l'épiglotte était accompagnée d'œdème du pharynx. L'examen bactériologique fut négatif.

CRESSWELL BABER rapporte aussi un cas de tuberculose apparente de l'épiglotte et insiste sur la grande diversité de marche des tuberculoses laryngées.

SYMONDS fait remarquer que dans son observation le traitement a amené un soulagement rapide tandis que l'état était resté stationnaire pendant six semaines.

LE PRÉSIDENT fait observer que sans examen bactériologique on ne peut affirmer la nature tuberculeuse de ces affections.

SYMONDS montre de nouveau le malade atteint de **pachydermie laryngienne** qu'il avait présenté dans la précédente réunion. Malgré quelques changements survenus l'affection est encore bien caractérisée.

BRONNER et SPICER demandent qu'un petit fragment du tissu malade soit examiné au microscope.

LE PRÉSIDENT pense que le diagnostic est suffisamment facile dans ce cas et d'ailleurs les changements surviennent souvent si rapidement que l'examen au microscope ne pourrait qu'apporter de la confusion.

MC BRIDE montre un dessin d'**angiome veineux du pharynx** survenu chez une jeune femme à tendance variqueuse. L'angiome est composé de larges veines dilatées, mais ne cause aucune gêne. Aussi n'a-t-il appliqué aucun traitement.

L. R. REGNIER.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 13 mars 1895.

A. BRONNER. — **Le diagnostic et le traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore** (*Brit. med. journ.* p. 757). — Il faut distinguer les cas légers des cas graves ; les premiers se lient en général à une affection nasale et peuvent être traités par la voie nasale le plus souvent au moyen de lavages et d'insufflations de poudre ; lorsqu'il y a des polypes, des fongosités, il faut faire un curettage par la fosse canine ; 40 % des cas traités par cet auteur ont guéri dans l'espace de 4 à 5 mois au plus ; il ne place pas de canule à demeure.

GREVILLE MACDONALD. — Le diagnostic s'appuie trop souvent sur ce fait que le pus s'écoule par le méat moyen lorsque la tête est penchée en avant, ce symptôme appartient aussi bien à l'empyème des sinus frontaux. Dans les cas un peu rebelles l'ouverture très large, le curettage, le drainage sont les moyens nécessaires.

CRESSWELL BABER. — La transillumination est un précieux moyen de diagnostic, lorsqu'on a soin de considérer surtout la partie externe de la région sous-orbitaire, mais la certitude n'est acquise que par un lavage fait à travers un orifice de la paroi nasale ou dans une alvéole.

HILL et LANE. — Dans sept cas sur huit les parois de l'antre sont tapissées de polypes, de fongosités, de débris caséux et le traitement rationnel, par conséquent, exige une ouverture large par la fosse canine, admettant le doigt et la cuillère tranchante ; cette ouverture ne reste jamais béante.

WALSHAM connaît deux cas où cette grande ouverture par la fosse canine ne s'est point cicatrisée.

DUNDAS GRANT reconnaît à la transillumination une valeur très grande, tandis que la présence de pus dans le méat n'est pas concluante du tout ; il a souvent recours à la ponction exploratrice et au lavage et en général il s'adresse à la voie alvéolaire ; les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas drainés (la pièce adaptée par un dentiste) et lavés avec de l'eau oxygénée. Dans quelques cas rebelles la guérison fut obtenue lorsqu'une

ouverture, dans le méat, eut été pratiquée malgré la présence d'un drain alvéolaire.

SCANES SPICER recommande dans presque tous les cas de pratiquer simultanément une large ouverture dans la fosse canine, une autre dans la paroi nasale, de façon à permettre un nettoyage complet par la chasse d'air et les lavages. Ball cite sa statistique de 16 cas, qui montre que les moyens simples n'arrivent à guérir qu'un tiers des malades environ.

WALTER SPENCER rapporte trois cas d'empyème liés à la nécrose du maxillaire.

FÉLIX SEMON a traité 20 à 23 cas d'empyème durant ces dernières années ; la majorité a été guérie par la méthode alvéolaire et le drainage ; les quelques cas où le traitement a été plus hardi n'ont pas donné de résultats favorables.

M. N. W.

BIBLIOGRAPHIE

Les troubles de motilité du larynx chez les hystériques (*Die Bewegungstoeurungen im Kehlkopfe bei Hysterischen*), par GUSTAVE TREUPEL. Léna, G. Fischer, 1893. 1 vol. in-8° de 436 p.

L'hystérie peut troubler le fonctionnement du larynx dans tous ses modes ; cependant, c'est le plus souvent sa motilité qui est atteinte ; aussi, l'hystérie motrice du larynx fait seule l'objet de cet important travail.

Successivement, T. passe en revue, en leur consacrant à chacun une monographie détaillée : 1° le *laryngospasme*, qui peut être la manifestation larvée d'une attaque hystérique ; 2° la *toux nerveuse*, dont le traitement psychique est la meilleure médication, persuasion chez les uns, intimidation chez d'autres, aidé d'une gymnastique respiratoire qui forme une méthode d'entraînement toute spéciale ; 3° les *troubles de coordination respiratoires*, très rares, au point qu'avec Luc, l'auteur tend à les mettre en doute et à n'y voir qu'un certain degré de paralysie des abducteurs ; 4° les *troubles de coordination phonatoire*, avec excès ou défaut de contraction glottique, dysphonie spas-

modique ou dysphonie paralytique ; 5° l'*aphonie hystérique vraie* ; 6° le *mutisme hystérique*.

L'auteur n'admet pas, dans l'hystérie, de paralysie au vrai sens du mot, mais il attribue les troubles laryngés et, en particulier, l'aphonie, à un fonctionnement anormal des muscles du larynx résultant d'un trouble tout à fait spécial de leur contraction. Chez l'homme sain, il est possible de reproduire les différentes modalités de la voix qui caractérisent la dysphonie des hystériques en modifiant volontairement le jeu normal des muscles laryngés : or, on ne saurait admettre, en pareil cas, qu'il y ait paralysie laryngée. De même chez l'hystérique. Mais, si ces modifications du fonctionnement vocal du larynx résultent dans les deux cas du même mécanisme, elles diffèrent en ce que, chez l'hystérique, au lieu d'être passagères comme chez l'homme sain qui les reproduit volontairement, elles sont, au contraire, durables par suite d'un trouble de la volonté.

M. L.

Le phénol sulfuriciné dans la tuberculose laryngée, par RUault (G. Masson, éditeur, Paris, 1895).

Historique. — L'auteur rappelle les excellents résultats obtenus par lui depuis trois ans, et confirmés par Massei, Damieno, Heryng...

Pharmacologie. — En 1889, il utilise le sulfuricinate de soude comme dissolvant du phénol, naphthol.

En 1891, M. Berlioz fabrique un sulfuricinate officinal dont la préparation demande des soins minutieux.

Substance antiseptique, dépourvue de causticité et de toxicité aux doses médicamenteuses, dans laquelle on dissout du phénol chimiquement pur.

Les solutions employées sont de 20 grammes et 30 grammes pour 100 grammes.

Technique. — Le tampon, aseptique, bien imprégné et égoutté est appliqué en un point *précis* sous le contrôle du miroir ; la cocaïnisation n'est indispensable qu'au début et contre les réflexes exagérés, rares d'ailleurs ; l'hypémie et la réaction post-opératoires doivent toujours avoir disparu avant qu'on ne renouvelle le pansement.

La muqueuse doit prendre soit après les frictions (ulcérations), soit après les attouchements (infiltrations, plaies post-opératoires), une coloration blanchâtre opaline.

Effets sur les lésions. — Les lésions superficielles de la forme catarrhale (exubérations, petites végétations etc.) guérissent en quelques semaines, il ne subsiste qu'une cordite chronique simple.

Les infiltrations péri-glottiques s'affaissent assez vite ; les tumeurs et les fongosités se flétrissent ; les ulcérations bourgeonnent et se comblent : s'il s'en forme de nouvelles, elles se reparent avec rapidité.

La maladie guérit sans cicatrices ou avec de simples épaisissements pachydermiques, comme dans une guérison spontanée, par sclérogénèse.

Le phénol détruit les microbes pyogènes ; le sulforicinate, en aidant son action, l'empêche de détruire les cellules.

Le traitement chirurgical reste nécessaire dans les cas où les lésions sont difficilement accessibles ou trop considérables à détruire ; son action aide donc celle du topique dont elle rend l'application plus efficace et rapide.

Valeur thérapeutique. — Rarement curatif (tuberculose laryngée primitive) et empêchant l'infection du poumon par le larynx, ce traitement local est presque toujours un palliatif précieux par ses résultats immédiats et dépourvus d'inconvénients ; si la situation est grave, il soulage le patient de la dyspnée et de la dysphagie, et peut prévenir la fonte purulente de l'organe, en combattant les infections surajoutées.

Les résultats de la méthode ne sont pas en rapport constant avec l'état général, mais dépendent plutôt de la forme anatomique en présence de laquelle on se trouve.

Les formes catarrhale et infiltro-ulcéreuse périglottique circonscrite, les tumeurs isolées, sont les plus favorables ; la forme scléro-végétante diffuse, par des pansements répétés, le lupus du larynx, à ses débuts principalement, finissent aussi par céder ; mais, par contre, les lésions épiglottiques et vestibulaires, la forme infiltro-ulcéreuse diffuse, sont beaucoup plus difficiles à vaincre ; enfin, on n'obtient que d'incomplètes améliorations dans les lésions sous glottiques.

La diffusion rapide des lésions, l'apparition de périchondrites et d'arthrites, les récidives (surtout après une guérison absolue en apparence), nuisent aux bons effets du topique sans le contr'indiquer.

Les cas où l'on n'obtient pas d'amélioration tout au moins, sont ceux où le traitement a été imparfaitement suivi.

L'auteur termine en rappelant l'utilité de sa méthode phéno-

sulfuricinée dans la tuberculose de la bouche, de la langue, du nez (Cartaz), du pharynx et des amygdales ; mais elle conserve surtout sa haute supériorité dans les lésions du larynx.

RIPAULT.

Troubles digestifs dans l'amygdalite chronique, par BALHADÈRE
(Thèse de doctorat, Paris, 1893).

Nombre de malades atteints d'une amygdalite chronique se plaignent en même temps de troubles digestifs. Ceux-ci sont de deux ordres, réflexes et chimiques. Les désordres réflexes ont une grande analogie avec ceux qu'on produit expérimentalement par la cautérisation ignée, ils sont caractérisés par de la gêne de la déglutition, très variable suivant les sujets et nullement en rapport avec le degré d'hypertrophie, des vomiturations et nausées très fréquentes. Aux troubles chimiques appartiennent des accidents dyspeptiques : inappétence, pesanteurs après le repas, pyrosis, ballonnement, douleur des régions épigastrique et hépatique, dilatation d'estomac parfois. Pour expliquer la pathogénie de ces troubles gastro-intestinaux consécutifs à des inflammations amygdaliennes chroniques, l'auteur, rejetant la théorie réflexe, invoque l'infection microbienne. Plusieurs arguments peuvent le démontrer : le caractère infectieux de l'amygdalite aiguë, la présence de nombreux bacilles dans les amygdales, véritable milieu pathogène dont l'antisepsie est difficile à réaliser. C'est en déterminant des fermentations anormales que les sécrétions amygdaliennes produisent les troubles digestifs. Ces sécrétions, concrétions caséuses pathogènes, sont avalées à chaque mouvement de déglutition et arrivent à l'estomac où peu à peu s'établit une véritable auto-intoxication. Tous ces accidents disparaissent à la suite de l'ablation des amygdales, ce qui confirme les rapports qui relient les troubles du système digestif aux altérations amygdaliennes.

G. LAURENS.

ANALYSES

I. — OREILLE

Une explication vraisemblable de l'expérience de Weber, par C. CORRADI, de Vérone (*Il Policlinico*, vol. 4-6, fasc. 6, 1894).

1. L'expérience de Weber, positive du côté malade, s'explique par le fait qui veut qu'une cavité osseuse produise en vibrant des sons d'autant plus bas qu'elle diminue de capacité, que la masse solide et liquide qu'elle contient va augmentant.

2. Dans cette expérience la source des vibrations étant au contact des parois de la caisse, cette dernière sera d'autant plus apte à vibrer avec les sons bas, qu'elle aura diminué de capacité; c'est donc de sons bas qu'il faudra se servir principalement, et c'est d'eux que dépendra en grande partie le résultat positif de l'épreuve de Weber, ainsi que l'épreuve négative de Rinne, etc.

3. Il se peut que l'intensité de l'épreuve de Weber positive, et de celle de Rinne négative, dépendent de cette circonstance dans certains états morbides de l'appareil de transmission.

4. Les lois des caisses de raisonnement ne sont pas applicables à la caisse du tympan, non-seulement par suite de la diversité dans les rapports entre eux du corps vibrant, du milieu de transmission et de l'organe sensible, mais encore parce que le milieu de transmission est formé de parties osseuses et liquides, tandis que c'est l'air qui vibre dans et avec la caisse de raisonnement, et tous les sons y peuvent vibrer quelle que soit leur hauteur; tandis que l'augmentation des parties liquides et solides dans l'oreille moyenne et externe rend ces cavités de plus en plus aptes à vibrer avec les sons bas, c'est l'inverse qui se passe dans les caisses de raisonnances.

M. N. W.

La presbyacousie et sa loi, par ZWAARDEMAKER, d'Utrecht (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

L'auteur est disposé à considérer la presbyacousie comme le rétrécissement très appréciable de l'étendue du champ auditif,

rétrécissement qui consiste dans la disparition des tons limites et l'affaiblissement des plus voisins. Comme l'auteur l'a déjà montré en se servant du sifflet de Galton et des verges sonores, cette diminution ne porte pas seulement sur les sons élevés, mais aussi sur les sons bas. De nouvelles recherches faites avec beaucoup de précision sur 219 oreilles percevant la voix murmurée à 8 ou 10 mètres, et pouvant être considérées comme normales, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° l'étendue du champ auditif se rétrécit d'une demi-octave à sa partie supérieure, lorsqu'on approche de la vieillesse ; 2° ce rétrécissement augmente encore durant la vieillesse elle-même ; 3° la limite supérieure dans la jeunesse est à 17 , dans la vieillesse à a^6 . Comme extrême, g^6 devient la limite de l'audition normale chez les personnes âgées. Une limite inférieure peut être considérée comme pathologique.

M. LS.

Recherches sur l'audition moyenne chez les personnes âgées, par F. BEZOLD, de Munich (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

L'auteur rapproche ces recherches de celles qu'il a faites chez les enfants, et constate que si dans la jeunesse les courbes des deux sexes sont parallèles, il n'en est plus de même chez les personnes âgées. Pour la perception de la voix murmurée audessous d'un mètre et pour la surdité très accusée, le sexe féminin est certainement plus atteint que le sexe masculin.

Dans les décades qui suivent celle de la cinquantième à la soixantième année, il y a une diminution progressive des personnes à audition normale, en même temps qu'une augmentation progressive de la surdité.

L'examen direct de l'organe, comparé avec celui des enfants, confirme cette notion clinique que l'obstruction de la trompe est surtout une affection de l'enfance. La fréquence des affections de l'oreille moyenne chez les personnes âgées est très diminuée si on la compare à celle des lésions de l'oreille interne.

Enfin Bezold croit qu'avec l'âge il ne se produit pas une diminution elle-même de la conduction osseuse, mais que celle-ci s'affaiblit proportionnellement à la diminution de la distance de l'audition. Cette assertion paraît contraire à l'opinion courante.

. LS.

Résultats de l'examen de plus de six cents cas avec des diapasons de moyenne intensité, par H. ALDERTON, de Brooklyn (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

Voici les principales conclusions du long travail auquel l'auteur s'est livré :

1° Les intensités ou durées de Rinne $OC > AC$ et $OC = AC$ indiquent toujours une lésion de l'oreille moyenne, existant primitivement ou survenue comme complication.

2° Dans toute affection périphérique suffisante pour produire un certain degré de surdité, on trouvera toujours l'intensité de Rinne $OC > AC$ ou $OC = AC$, à condition d'employer un diapason assez bas, pourvu que l'oreille interne soit normale ou à peu près.

3° La durée de OC est exagérée dans les lésions de l'appareil conducteur, excepté pour les notes élevées (C^v et au-dessus), ce qui tient à ce que cet appareil n'a rien à faire avec la transmission des notes hautes (Bezold, Siebenmann).

4° Dans les lésions de l'appareil conducteur, AC est médiocre pour les sons bas, tandis que les sons élevés sont relativement bien perçus.

5° Dans ces lésions, l'augmentation de la durée de OC est due à différentes causes (occlusion, diminution des bruits extérieurs, troubles dans la tension du labyrinthe), mais non à l'hyperesthésie labyrinthique qu'on ne peut guère invoquer qu'au début des inflammations aiguës.

6° Toute affection profonde ou prolongée de l'oreille moyenne finit par affecter secondairement le labyrinthe.

7° Si la durée de OC est diminuée, c'est qu'il existe une affection de l'oreille interne soit isolée, soit à l'état de complication. L'auteur pense que, dans la recherche de la surdité nerveuse, il faut tenir grand compte de la diminution de la durée de OC pour le diapason C . C'est l'avis exprimé par Gradenigo relativement aux surdités par lésion du tronc nerveux.

8° La combinaison de l'intensité de Rinne (intensité initiale comparée de OC et de AC) et de l'épreuve de Schwabach (durée absolue) rend plus de services que la durée de Rinne (durée comparée de OC et de AC) ou que l'expérience de Weber.

9° Il est possible d'avoir pour un diapason élevé $OC > AC$ ou $OC = AC$, pour l'intensité ou la durée, alors que le diapason immédiatement au-dessous donnera $AC > OC$.

10° L'épreuve des diapasons ne donne aucun renseignement

certain au point de vue du pronostic. Toutefois lorsque, dans une affection de l'appareil conducteur, le diapason C_{IV} donne un Rinne négatif, il y a fort peu à attendre du traitement.

11° La durée de OC devient presque ou complètement normale lorsque l'oreille revient à son état normal. M. LS.

De l'eczéma du conduit auditif externe, par HERMET. (*Journal de méd. de Paris*, n° 4, page 60, 27 janvier 1895.)

Il considère le nitrate d'argent comme le meilleur agent à employer, aussi bien dans l'eczéma que dans la furonculose du conduit auditif.

Il l'applique de la façon suivante. Après avoir bien nettoyé le conduit au moyen de lavages à l'eau bouillie, il y introduit un tampon d'ouate imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 1/10 : et il le laisse vingt-quatre heures en place. Le lendemain le conduit est uniformément noir, mais l'atrésie a disparu : l'épiderme cautérisé se détache par lambeaux au bout de deux ou trois jours. Le malade est momentanément guéri.

Pour la furonculose, la technique est identique avec cette différence que la cautérisation doit être renouvelée deux jours de suite. Si le furoncle est à son début, la résolution s'opère ; s'il est sur le point de s'ouvrir, le nitrate, en corrodant la peau, agit comme un coup de bistouri, le furoncle se vide et il n'y a pas d'autre inoculation consécutive. M. L.

Corps étranger de l'oreille, par A. BARBIER. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n° 59, 13 décembre 1894.)

Il s'agit d'une enfant de 6 ans, qui s'était introduit une perle dans l'oreille gauche. Ainsi qu'il arrive toujours, ce fut le pharmacien qui intervint pour enlever le corps étranger. Non-seulement il ne réussit pas à extraire la perle du conduit, mais encore il l'enfonça si bien qu'il perfora le tympan, d'où otite purulente. L'auteur, après quelques manœuvres un peu délicates, l'enfant n'ayant pas été chloroformisée, fut assez heureux pour débarrasser la malade.

Cette observation montre une fois de plus combien peut être dangereuse l'intervention d'une personne ignorante ou inexpérimentée. C'est à ce point de vue que nous avons jugé utile de la rapporter.

F. HELME.

Corps étranger du conduit auditif, par D'AGUANNO. (*Gaz. degli ospit.*, 2 février 1895.)

A. montre que le gonflement du conduit auditif à la suite de l'irritation produite par le corps étranger, à la suite des tentatives d'extraction, est en général le principal obstacle à l'issue des corps étrangers. Diverses manœuvres, introduction du petit doigt dans le conduit pour le dilater, tractions attirant le pavillon en arrière, et surtout mouvements de la mâchoire inférieure, facilitent souvent beaucoup l'extraction. Les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche impriment des mouvements très nets à la partie antéro-inférieure du conduit et suffisent parfois à ramener vers l'extérieur un corps étranger engagé profondément.

A. F. PLICQUE.

Contribution à la valeur pronostique de l'hyperostose du rocher, par R. HAUG. (*Arch. für Ohrenheilk.* Bd. 37, Hft 3 u. 4, 1894.)

Deux opinions ont cours sur la signification pronostique de l'hyperostose du rocher, anomalie qui consiste, comme on sait, en une diminution ou même en une disparition complète des espaces pneumatiques physiologiques, avec production exagérée de substance osseuse. Tandis que les uns en font une digne protectrice opposée à l'envahissement des méninges, les autres la considèrent comme une complication menaçante pour l'existence. Se basant sur l'étude de treize cas personnels, H. se range à cette dernière opinion.

Il est aisé de comprendre comment cette condensation osseuse favorise les complications intracrâniennes : loin de se répartir uniformément sur tout le temporal, elle frappe surtout l'apophyse mastoïde et les parois du conduit, la portion pétreuse étant relativement respectée ; or, c'est une loi générale que le pus tend à se faire jour du côté où il trouve le moins de résistance ; ce n'est donc pas vers la corticale, c'est-à-dire vers le lieu le plus favorable au point de vue du pronostic, qu'il se portera en cas d'hyperostose, mais bien vers la cavité crânienne. Ce n'est d'ailleurs pas seulement la guérison spontanée qui est rendue plus difficile par l'ostéosclérose, mais encore le traitement opératoire : il faut, en effet, aller chercher l'antre très profondément, jusqu'à près de deux centimètres, et dans cette recherche on ne peut avancer que lentement sous peine de faire éclater l'os.

Enfin, l'hyperostose présente encore l'inconvénient de rendre le diagnostic plus malaisé.

Cette complication ne se rencontre guère que de 16 à 40 ans ; elle est l'effet d'une suppuration chronique des cavités de l'oreille moyenne ; il n'est pas probable que des inflammations purement catarrhales puissent lui donner naissance. La suppuration est toujours de date plus ou moins ancienne, et l'on sait en effet qu'il est rare de rencontrer de l'hyperostose dans les mastoïdites aiguës. Toutes les suppurations chroniques de la caisse ne sont pas également aptes à provoquer le développement de l'ostéite condensante : ce sont surtout les lésions de l'attique et les cholestéatomes qui en favorisent la production. La symptomatologie des cas observés par H. peut se résumer ainsi : le plus souvent perforation en arrière et en haut, granulations, points osseux dénudés ; rétrécissement du conduit aux dépens de la paroi postéro-supérieure, sans changement de couleur de la peau ; pas de matité de l'apophyse comme on en trouve en cas de foyers superficiels ; l'apophyse rend, au contraire, un son plus clair que du côté sain ; sécrétion peu abondante mais fétide ; pas de sensibilité à la pression de l'apophyse mastoïde ; assez souvent douleur spontanée dans la région temporale ou en arrière de l'apophyse ; fatigue intellectuelle et physique ; apathie ou irritabilité. Les choses restent en cet état un temps plus ou moins long, dont la durée varie de quelques mois à 15 ou 20 ans. Puis un jour ou l'autre les douleurs augmentent, empêchent tout repos nocturne ; il survient de la fièvre et l'on assiste au développement de phénomènes encéphaliques plus ou moins graves. En somme, l'hyperostose du temporal rentre dans le cadre de ces lésions compensatrices qui peuvent avoir au début une action bienfaisante, mais qui, dans la suite, provoquent fatalement des altérations secondaires et de nouveaux troubles organiques.

M. BOULAY.

Contribution à la statistique de la surdi-mutité, par S. SZENES, de Budapest (*Int. kl. Runds.*, n° 38, 1894 et *Monats. f. die gesammte Spachheilk.*, décembre 1894).

Szenes a examiné 124 enfants à l'Institut des sourds-muets de Waitzen, dont 76 garçons et 48 filles, alors que la statistique hongroise donnait jusqu'alors 88 filles pour 100 garçons. Dans 27 cas, dont 17 garçons et 10 filles, l'étiologie était inconnue : dans 42 cas, soit 43,4 %, la surdi-mutité paraissait congénitale,

et dans 35 cas, soit 56,6 %, elle était acquise. Le plus souvent, pour les formes acquises, il s'agissait de maladies infectieuses : méningite, 14 fois ; manifestations typhiques, 14 fois ; scarlatine, 3 fois ; érysipèle, 2 fois, etc.

La surdi-mutité paraît très rare chez les enfants uniques, et atteint le plus souvent les premiers nés.

L'examen de l'oreille donne tous les degrés depuis le tympan le plus normal, jusqu'à l'épaississement le plus marqué ; 7 fois, bouchons de cérumen ; 4 fois, corps étrangers ; 1 fois, otorrhée chronique avec polype ; 2 fois, perforations persistantes ; 3 fois, cicatrices du tympan, et 2 fois, traces de mastoïdite suppurée.

Dix enfants sur 124 entendaient la montre. Dans 83 cas il n'y avait pas de conduction aérienne pour le diapason, et la plupart des enfants âgés disaient sentir, et non entendre, le diapason sur l'apophyse mastoïde.

M. LS.

De l'influence du climat sur les affections auriculaires et nasopharyngiennes, par GRAND (de Cannes) (*Lyon médical*, 30 septembre 1894)

L'auteur, avant d'habiter Cannes, avait exercé la médecine dans une région humide, et il remarqua combien dans cette dernière les affections de l'oreille et du naso-pharynx étaient plus fréquentes que sur le littoral méditerranéen. Il avait vu en outre que les inflammations auriculaires importées dans le Midi guérissaient plus facilement que dans le Nord, d'où l'idée qu'il eut d'entreprendre cette étude. Il rappelle le travail remarquable de Nimier sur le sujet, et qui montre que d'une façon générale la moitié Nord de la France présente plus de maladies de l'oreille que la moitié Sud, et que dans cette moitié Sud c'est le littoral de la Méditerranée et les régions alpestres avoisinantes qui sont les moins atteintes. Et ceci rectifie une erreur admise partout, à savoir que le climat marin était funeste aux oreilles ; c'est vrai pour la Manche et l'Atlantique, mais non pour la Méditerranée.

Chemin faisant, M. Grand nous montre les maladies que le climat méditerranéen améliore sans conteste ; c'est le coryza aigu et chronique, l'asthme des foin, les otites catarrhales, source de presque toutes les otites chroniques, les inflammations adénoïdiennes, etc. Sans doute, aux premiers jours de cette villégiature maritime, il y a un peu d'exagération des troubles, mais tout s'amende vite et le malade ne tarde pas à éprouver les bienfaits du séjour méditerranéen.

Conclusion : en réalité, le climat a une influence considérable sur la production et la marche des affections auriculaires. Les climats humides et froid ont sur elles une action fâcheuse, les climats secs et chauds une action favorable. « Pour ces affections d'une cure si difficile, impossible bien des fois dans les pays du Nord, le séjour dans le Midi constituera un des plus puissants moyens de traitement.

F. HELME.

Etude statistique sur la surdi-mutité ; examen des pensionnaires des instituts de sourds-muets des comtés du Nord, par W. ROBERTSON. (*Lancet*, 8 septembre 1894, p. 567.)

Les tableaux ci-dessous sont le but et le résumé de cet article :

Tableau I, montrant la proportion de surdité-mutité acquise et congénitale dans 3 groupes de cas.

	S.-m. congénitale	S.-m. acquise	Cas douteux
Enfants . .	117	66 = 57 à/à	48 = 42 à/à
Adultes . .	57	29 = 51 à/à	27 = 48 à/à
Enfants . .	700	431 = 66 à/à	219 = 33 à/à

(tympa normal dans 2 cas, otorrhée dans 1 cas).

Tableau II. Cause de la surdi-mutité acquise dans trois groupes de cas.

Maladie causale	219 enfants	48 enfants	27 adultes
Scarlatine	97 = 44 ��/à	15 = 31 à/à	12 = 40 à/à
Méningite cérébro-spinale	35 = 33 ��/à	10 = 33 à/à	3
Rougeole	26 = 21 à/à	4 = 7 à/à	4
Traumatisme	14	3	2
Coqueluche	6	2	—
Insolation	3	1	—
Paralysie	3	—	—
Convulsions	3	—	—
Vaccins	3	1	1
Fièvre gastrique	1	3	1
Frayeur	1	2	—
Syphilis	—	—	2
Diphthérie	—	—	2
Influenza	—	1	—
Cause inconnue	—	3	—
Dentition	27	3	—

Tableau III. Etat détaillé de l'appareil auditif chez :

Age	Date d'apparition	Naso-pharynx	Trompe d'Eustache	Tympan	Conduction			Conduction aérienne		Bruit violent		Etat du marteau
					Négative	Postive	Négative	Négative	Postive	non perçu	perçu	
14		Végétations adénoïdes	Perméable	Perforé des deux côtés	—	+	—	—	+	—	+	Absent
14	6	»	»	Normal	+	—	—	—	+	—	+	Mobile
15	2	»	»	Déprimé	+	—	—	—	+	—	+	Détruit
12	3	Normal	»	»	+	—	—	—	+	—	+	»
14	2	Ozène	»	Normal	+	—	—	—	+	—	+	Mobile
13	2	Végétations adénoïdes	»	»	+	—	—	—	+	—	+	»
9	2	»	»	»	+	—	—	—	+	—	+	—
7	1 1/2	»	»	Détruit	+	—	—	—	+	—	+	Mobile
13	6	»	»	Déprimé	+	—	—	—	+	—	+	Détruit
17	4	»	»	Normal	+	—	—	—	+	—	+	Mobile
7	2	»	»	Déprimé	+	—	—	—	+	—	+	Immuable
7	4	»	»	Déprimé	+	—	—	—	+	—	+	Mobile
9	2	Végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales	»	Terne	+	—	—	—	+	—	+	»
12	4	Végétations adénoïdes	»	Détruit	—	+	—	—	+	—	+	Détruit
40	2	Normal	»	Normal	+	—	—	—	+	—	+	Mobile
19	6	Végétations adénoïdes	Perméable	Détruit	+	—	—	—	+	—	+	Détruit
22	4	»	»	Normal	+	—	—	—	+	—	+	Mobile
51	4	Catarrhe	»	Détruit	+	—	—	—	+	—	+	Détruit

15 enfants de-
venus sourds
à la suite de
scarlatine

Scarlatine
13 adultes

Tableau IV. Importance étiologique de la méningite, des convulsions, etc., et leur influence sur l'appareil auditif

Age	Date d'apparition	Naso-pharynx	Trompe d'Eustache	Tympan	Conduction			Conduction			Bruit			Etat du marteau	Etiologie
					négligeable	post. livr.	post. livr.	négligeable	post. livr.	post. livr.	négligeable	post. livr.	post. livr.		
49 enfants	14 1 an	Normal	Perméable	Rétracté	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	Inconnue
	14 3 ans	Végétations ordinaires	»	Normal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	Méningite
	10 2 1/2	»	»	Mat	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	Convulsions
	10 2 1/2	»	»	Rétracté	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	Dentition
	12 3 ans	»	»	Concave	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	Méningite
	18 6 mois	»	»	Epaissi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	Convulsions
	16 2 ans	»	»	Normal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	Compression cérébrale
	14 3 1/2	»	»	»	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	Encéphalite
	12 6 mois	»	»	Atrophie	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	Attaques
	9 3 ans	Normal	»	Rétracté	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Troubles encéphaliques
	43 1 an	»	Etroite	Normal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Hydrocéphalie
	41 3 ans	Végétations adénoides	Perméable	Concave	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Insolation
	46 3 ans	»	»	Normal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Inconnue
3 adultes	11 1 an	»	»	Concave	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Frayeur
	42 1 1/2	»	»	Normal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Dentition
	42 2 1/2	»	»	»	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	»
	42 2 1/2	»	»	»	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Frayeur
	46 —	»	—	Normal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Inconnue
	7 3/4 5 mois	»	»	»	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Hydrocéphalie
	32 23 ans	Catarrhe	»	»	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	Fièvre cérébrale
	23 9 »	Normal	»	Détruit	1	1	1	1	1	1	1	1	1	»	»
	22 4 »	Catarrhe	—	Détruit à droite, normal à gauche	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Détruit à droite, mobile à gauche	»

Tableau V. Époque où l'audition a disparu dans trois groupes de malades.

Age.	1 ^{er} groupe 219 enfants.	2 ^e groupe 48 enfants.	3 ^e groupe 27 adultes.
1 ^{re} année	60	13	0
2 ^e »	58	13	3
3 ^e »	36	11	2
4 ^e »	22	5	3
5 ^e »	14	0	5
6 ^e »	14	1	2
7 ^e »	5	0	2
8 ^e »	3	0	1
9 ^e »	1	1	2
10 ^e »	1	0	1
11 ^e »	2	0	1
12 ^e »	2	1	1
14 ^e »	1	—	2
Incertain	—	1	—

Tableau VI. Etat de la membrane du tympan.

	Enfants		Adultes	
	Surdité		Surdité	
	Congénitale	Acquise	Congénitale	Acquise
	66 cas.	48 cas.	29 cas.	27 cas.
Tympan normal.	42	23	16	11
» rétracté.	10	6	2	1
Otite moyenne chronique.	6	8	6	4
» » suppurée	2	5	1	7
Cérumen, état incertain	4	1	2	2
Complexe	2 ⁽¹⁾		2 ⁽²⁾	2 ⁽³⁾

(1) 1^{er} cas — à droite, otite chronique.

à gauche, otorrhée.

2^e cas — à gauche perforation.(2) 1^{er} cas — à droite otite moyenne chronique.

à gauche détruit.

à droite normal.

2^e cas — à gauche, détruit.

à droite, normal.

(3) 1^{er} cas — à droite, détruit.

à gauche, normal.

2^e cas — à gauche, détruit.

à droite, normal.

Tableau VII. Etat du marteau, etc.

	Enfants 75 cas. 4 douteux ⁽¹⁾ .		Adultes	
	S. acquise 27 cas.	S. congénitale 44 cas.	S. acquise 27 cas.	S. congén. 29 cas.
Marteau mobile	25	37 = 84 %	14	22
Osselets malades ou absents, etc.	4	2	7	1
Osselets ankylosés . . .	1	3	2 ⁽²⁾	2 ⁽³⁾
Cérumen		2	2 ⁽³⁾	2 ⁽⁴⁾

Tableau VIII. Etat des fosses nasales (Enfants).

	S. congénitale 66 cas.	S. acquise 48 cas.
Hyperrhinite. . .	33	19
Ozène.	2	1
Normal.	31	28

Tableau IX. Etat du naso-pharynx (Enfants).

	S. congénitale 66 cas.	S. acquise 48 cas.
Végétations adénoïdes	44 = 66 %	36 = 75 %
Végét. adén. et hypertrophie des amygdales	10	5
Ozène	1	0
Etat normal.	11	7

Tableau X. Fosses nasales (adultes).

	S. congénitale 29 cas.	S. acquise 27 cas.
Hyperrhinite	6	5
	5	3
Ozène	1	0
Etat normal.	17	19

(1) Douteux au point de vue étiologique = 3 mobiles, 1 malade.

(2) Absent à droite, mobile à gauche.

(3) Absent à gauche, mobile à droite.

(4) Normal à droite, absent à gauche.

Tableau XI. Etat du naso-pharynx (adultes).

	S. congénitale 29 cas.	S. acquise 27 cas.
Végétations adénoïdes	8	5
Catarrhe	7	12
Végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales.	3	0
Ozène	1	0
Etat normal.	10	10

Tableau XII. Etat de l'audition chez 114 enfants sourds-muets.

Etat de l'audition.	S. congénitale 66 cas.	S. acquise 48 cas.
Surdité complète.	33 = 50 %	29 = 60 %
Bruits internes seuls perçus. . .	19 = 28 %	13 = 27 %
Voix humaine entendue.	7	5
Aucune espèce de conduction. .	51 = 77 %	42 = 87 %
Conduction osseuse et aérienne.	4	6
Pas de conduction osseuse mais la conduction aérienne persiste. }	8	3
Conduction osseuse, pas de conduction aérienne. }	3	2
Mots entendus	2	0

Tableau XIII. Etat de l'audition chez 56 sourds-muets adultes.

Etat de l'audition.	S. congénitale 29 cas.	S. acquise 27 cas.
Surdité complète.	18 = 62 %	15 = 55 %
Bruit intense seul perçu.	2	3
Voix humaine.	9	8
Aucune espèce de conduction. .	26 = 89 %	24 = 81 %
Les deux espèces de conduction persistent.	2	3
Pas de conduction osseuse, mais l'aérienne existe	1	—
Conduction osseuse, pas de conduction aérienne.	3	2
Cornet acoustique résultat négatif	16	20
» » » positif.	13	7

Tableau XIV. Consanguinité, hérédité, etc.

57 adultes		1 ménage sans enfants.	
Célibataires, 35	Mariés, 22	Femme	
	Enfants, 87	Sourde	Entendant bien
Entendant bien	Sourds	47	5
77 = 0/0	10 = 11,5 0/0		

C. W. DU BOUCHET.

Le traitement des affections de l'oreille consécutives à des lésions du naso-pharynx, par SIGISMOND SZENES (de Buda Pesth) (*Allgem. wiener mediz. Zeitung*, 48 et 25 septembre 1894, n° 38 et 39.)

La communication des affections du naso-pharynx à l'oreille moyenne par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache est un fait banal, connu de tout le monde ; aussi le médecin auriste doit connaître à fond les maladies du nez et de la gorge afin de pouvoir les traiter en même temps qu'il agira sur l'oreille elle-même. Les différents microbes que l'on rencontre ordinairement dans le naso-pharynx, même chez les sujets sains, diplocoque de la pneumonie, staphylocoque pyogenes albus ou aureus, bacille de Friedlander, peuvent aisément gagner la caisse du tympan et y déterminer de l'otite moyenne. Lorsqu'on aura à pratiquer la douche nasale, il sera donc urgent de ne se servir que de liquides absolument aseptiques, pour éviter ce danger de propagation.

C. HISCHEMANN.

Sur le traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë, par GRADE-NIGO et PES (*Arch. für Ohrenheilk.*, 1894, Bd. 38. Hft. 1, u. 2).

C'est un fait bien établi aujourd'hui que la pathogénie habituelle, sinon constante, des otites moyennes aiguës est une infection ascendante par la voie tubaire. On connaît les divers microbes qui habitent, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, le nez et le pharynx nasal ; on sait encore que la gravité d'une otite ne dépend pas seulement de la variété du microbe provocateur, mais aussi de sa virulence. Aussi semblerait-il *a priori* que le traitement de choix des otites consiste dans l'emploi des antiseptiques : or, c'est là une profonde illusion.

Les moyens antiseptiques dont nous disposons sont absolument impropres à détruire sur place les agents pathogènes des otites aiguës, et cela pour plusieurs raisons : d'abord la quantité de solution antiseptique que nous pouvons faire pénétrer dans la caisse est trop petite relativement à l'abondance des produits sécrétés ; en second lieu, ces antiseptiques sont impuissants s'ils sont employés en solutions étendues, ou bien ils sont irritants et mal supportés s'ils sont employés en solutions concentrées ; enfin, en supposant qu'elles puissent entrer dans la caisse en quantité suffisante, les solutions antiseptiques ne sauraient pénétrer dans tous les replis de la muqueuse, ni dans ses couches profondes où résident volontiers les microbes. Pour hâter l'expulsion de ceux-ci on a proposé, et c'est un moyen chaque jour employé, d'ouvrir artificiellement la membrane ou d'élargir sa perforation spontanée. C'est là une excellente méthode, même en cas d'exsudat séreux, mais à la condition de ne pas favoriser les infections secondaires ou tertiaires de la caisse par l'emploi d'instruments incomplètement stérilisés, par des lavages, des cathétérismes ou des douches d'air. On a proposé l'administration de douches d'air filtré : c'est là une naïveté, car ce ne sont pas les microbes de l'atmosphère qu'on doit redouter, ce sont ceux qui, siégeant sur la muqueuse nasale, naso-pharyngienne ou tubaire, seront entraînés dans la caisse par cet air préalablement, mais inutilement, filtré.

Les règles à suivre dans le traitement de l'otite moyenne aiguë doivent être toutes différentes de celles qu'on a observées jusqu'ici. Il faut donner issue au pus le plus tôt possible et assurer son écoulement permanent par un drainage convenable de la caisse et du conduit ; il faut empêcher toute infection secondaire par le conduit ou par la trompe ; enfin, on doit éviter toute irritation mécanique ou chimique susceptible de donner un coup de fouet au processus morbide. Ces indications sont remplies par la méthode suivante.

Au début, dans les premières heures de l'affection, essayer du traitement abortif : repos à la chambre ou au lit, instillation dans le conduit de quelques gouttes d'une solution aqueuse d'acide phénique à 1 ou 2 $\%$. D'après l'expérience des auteurs et conformément aux résultats des recherches de Ceppi (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1893, n° 23), cette solution est beaucoup plus active qu'une solution concentrée dans la glycérine ; pour empêcher la macération de l'épithélium, on peut y ajouter 0,80 $\%$ de sel marin.

Dès qu'il y a du liquide dans la caisse, ouvrir artificiellement la membrane après les soins antiseptiques habituels ; ne faire suivre la paracentèse, ni de lavage du conduit, ni de douche d'air. Nettoyer le conduit à sec avec un tampon de coton, en ayant soin de ne pas toucher et de ne pas irriter la membrane ; introduire aseptiquement à l'aide d'un spéculum et d'une pince sous le contrôle de l'œil, une mince mèche de gaze iodoformée dont l'extrémité profonde sera aussi voisine que possible de la membrane sans la toucher ; l'autre extrémité de la mèche sera repliée dans le méat et dans la conque dont elle remplira la concavité. Si l'écoulement est abondant, faire un pansement occlusif avec de la gaze et du coton ; ou bien encore, ce qui est plus pratique, mais moins aseptique, boucher simplement le méat avec un tampon de coton hydrophile que le malade change lui-même plusieurs fois par jour à mesure qu'il s'imprègne de pus.

Dans les cas qu'ils ont traités par cette méthode, les auteurs ont vu les microbes pathogènes diminuer de nombre et perdre progressivement leur vitalité, sans l'emploi d'aucun autre moyen. Ils ont constaté également que si la gravité d'une otite moyenne aiguë n'est pas toujours en rapport avec la qualité des microbes pathogènes, elle ne l'est souvent pas plus avec la nature de la cause provocatrice. Cela tient en partie à la fréquence des infections secondaires : celles-ci retardent la guérison. Dans les formes mixtes, où il existe des saprophytes, on ne saurait préciser le mode d'action de ces derniers : car ils paraissent tantôt hâter, tantôt retarder la guérison.

M. BOULAY.

De l'acide trichloracétique dans le traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par OKUNEFF. (*Journ. de méd. milit. russe*, novembre 1894.)

L'auteur recommande ce traitement quand la perforation tympanique est assez large, surtout quand il existe des granulations dans la caisse ou sur les lèvres de l'ouverture du tympan. 90 pour 100 des malades ainsi traités ont définitivement guéri.

L'oreille étant préalablement cocaïnisée, on essuie soigneusement le tympan : puis, avec un cristal d'acide trichloracétique fixé à un fil de fer en boutonnière, on touche les points malades, qui immédiatement blanchissent. On fait ensuite une injection dans le conduit pour enlever l'excès d'acide : on sèche et finale-

ment on insuffle une poudre antiseptique. Ces cautérisations doivent être faites tous les trois ou quatre jours, et seulement une fois par semaine si on cherche à amener la fermeture des perforations.

M. L.

Des mastoïdites compliquant les otites, par GÉRARD MARCHANT.
(Soc. de chirurgie, séance du 26 décembre 1894).

Il existe deux catégories d'abcès cérébraux d'origine otique : 1^o ceux qui occupent la zone psychomotrice ou la zone cérébelleuse et donnent lieu à des symptômes précis en rapport avec leur localisation ; 2^o ceux qui, situés en dehors de ces zones, se traduisent seulement par des signes sans précision : fièvre, douleur fixe, céphalalgie constante, coma. Or, M. attire l'attention sur ces derniers signes qui souvent sont trompeurs : et il faut faire des réserves cliniques avant d'admettre, en se fondant sur eux, un abcès cérébral et se décider à ouvrir le crâne ; des phénomènes fébriles, des douleurs névralgiques peuvent être consécutives à une trépanation mastoïdienne, sans indiquer pour cela une complication encéphalique, et ces accidents peuvent disparaître spontanément, sans nouvelle intervention. Donc : ne pratiquer l'ouverture du crâne que quand des symptômes très positifs traduisent ou font redouter une complication encéphalique ; mais faire une trépanation mastoïdienne hâtive classique pour s'opposer à son apparition.

M. L.

Collection vermineuse (ascarides) développée dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde et ouverte spontanément à l'extérieur, par L. VIDAL (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n^o 48, 27 septembre 1894.)

Il s'agit d'un enfant de 22 mois qui, au moment du premier examen, présentait depuis un mois une tumeur indolore derrière l'oreille droite. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume sans amener aucun trouble, puis elle s'ouvrit spontanément, livrant passage à un liquide clair et peu abondant. On se décida à recourir au médecin qui constata une fente fistuleuse située parallèlement et à 1 centimètre en arrière de la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille. « Du conduit auditif externe se fait un écoulement clair et incessant. Les parois de la tumeur paraissent extérieurement très dures et donnent à la percussion la sensation d'une coque osseuse. » Injections, à travers le trajet

fistuleux, d'une solution faible de sulfate de cuivre. Après les premières injections « s'évacuent 4 petits vers blancs rosés que l'auteur reconnaît être des ascarides lombricoïdes. Le lendemain, nouvelle évacuation de trois vers de même espèce. L'enfant est alors perdu de vue.

Quel trajet ont suivi les ascarides pour parachever leur migration ? Le parasite a dû remonter par l'estomac, l'œsophage, s'engager dans la trompe d'Eustache et gagner l'oreille moyenne ; mais comment expliquer leur passage jusque dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde ? Les cellules mastoïdes n'existent pas chez l'enfant ; elles ne sont représentées que par un bloc osseux de tissu dense, et ce n'est que plus tard qu'elles communiquent avec l'oreille moyenne. Il y aurait-il eu chez ce petit malade une évolution exceptionnellement précoce des cellules et du canal pétro-mastoïdien ? L'auteur ne peut répondre, mais le fait clinique lui a paru d'une rareté assez grande pour être publié.

F. HELME.

Mastoidite et empyème du sinus maxillaire chez la même malade, par M. CHARLES H. BAKER, (*Medical record*, 9 mars 1895).

L'intérêt de cette observation est : 1° la coexistence des deux affections ; 2° la pathogénie de la mastoidite consécutive à l'empyème du sinus maxillaire. Les lavages du nez faits avec de l'eau trop froide, un jet trop fort, peuvent, comme B. en a observé un dernier cas, transmettre l'infection du nez à l'oreille moyenne. Il faut, avant le lavage, nettoyer soigneusement le nez. La disposition de la trompe d'Eustache favorise parfois cette infection secondaire.

A. F. PLICQUE.

Un cas d'abcès cérébral d'origine otique, par H. KNAPP (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

Très intéressante observation d'une enfant de 9 ans, présentant une otorrhée gauche datant de plusieurs années, avec perforation large du tympan. Elle fut prise d'un redoublement de suppuration, de maux de tête et d'un peu de vertige, en même temps que se montrait chez elle de l'hémianopsie homonyme droite avec conservation des réflexes pupillaires et qu'on constatait l'étranglement de la papille. Bien que l'enfant parut très bien, continuât à jouer, chanter, etc., ne présentât aucun trouble mental, ces signes parurent suffisants pour assurer le diagnostic d'abcès cérébral et l'on fit la trépanation de l'apo-

physe et celle du cerveau où un abcès volumineux fut découvert et incisé. Malgré des accidents sérieux au cours du traitement ultérieur, l'enfant finit par guérir sauf d'une légère sécrétion au fond de l'oreille et la persistance de l'hémianopsie.

M. LS.

L'opération de Stacke dans les abcès sous-dure-mériens, par FERRERI. (*Arch. ital. di otol.*, etc., 1894, fasc. 4).

L'opération de Stacke, qui donne d'excellents résultats dans le traitement de l'otite moyenne purulente chronique avec lésions de la chaîne des osselets et de l'antre, est également applicable dans les cas où, les lésions portant spécialement sur le tegmen tympani, il existe au niveau de ce dernier une irritation méningée, habituellement latente et circonscrite, mais qui menace à tout instant de se propager à distance et de dégénérer en une véritable méningite. Cette opération ouvre en effet la meilleure voie pour atteindre les collections purulentes développées entre la dure-mère et la lame vitrée interne du temporal. Le diagnostic de ces abcès ne se fait le plus souvent qu'au cours de l'opération: un orifice fistuleux, d'où suinte une goutte de pus et dans lequel on peut introduire un stylet dans la direction de la cavité crânienne, en trahit l'existence. L'élargissement de cet orifice et la mise à nu de la dure-mère sont le complément nécessaire de l'opération de Stacke: cette intervention permet seule la guérison du malade. F. vient d'en faire l'expérience sur une jeune fille de 20 ans, atteinte d'otite moyenne suppurée chronique depuis l'enfance et qui avait été opérée pour la seconde fois de mastoïdite droite le 20 avril 1894; à la suite de cette opération, la plaie rétro-auriculaire s'était assez rapidement cicatrisée mais l'écoulement avait persisté par le conduit; trois mois plus tard, des douleurs étant survenues dans la région temporale en même temps que la paupière droite s'œdématisait, F. pratiqua l'opération du Stacke et se vit contraint, au cours de celle-ci, à mettre la dure-mère à nu pour donner issue à une collection purulente. Au bout de 40 jours la malade était complètement guérie de son écoulement et ne gardait, comme trace de l'opération, qu'une cicatrice infundibuliforme à la région mastoïdienne.

M. BOULAY.

Du traitement des abcès cérébraux consécutifs aux otites moyennes, par L. PICQUÉ. (*Soc. de chirurgie*, séance du 29 décembre 1894).

Une intéressante discussion a eu lieu au sein de la société de chirurgie à la suite d'un rapport de Picqué. Celui-ci classe en deux catégories les accidents cérébraux d'origine otique : dans l'une, des symptômes fonctionnels très nets font faire aisément le diagnostic d'abcès cérébral ; dans l'autre, l'abcès n'occupant pas la zone motrice les symptômes sont vagues, et le diagnostic différentiel entre un abcès cérébral, une méningo encéphalite ou une phlébite du sinus latéral est des plus délicats. Cependant, une céphalalgie persistante localisée au même point, avec coma et ralentissement du pouls, indique à coup sûr une suppuration cérébrale. D'ailleurs, les abcès cérébraux sont, le plus souvent, accompagnés de collections purulentes périépendymaires qui forment comme un relai entre la suppuration mastoïdienne et la suppuration cérébrale.

La conduite à suivre par le chirurgien diffère suivant qu'il se trouve en présence de l'une ou l'autre catégorie d'accidents. Y a-t-il des troubles indiquant une lésion de la zone motrice ; il faut d'emblée trépaner le crâne au niveau de la circonvolution soupçonnée, puis ensuite ouvrir également l'apophyse mastoïde. Y a-t-il, au contraire, des accidents cérébraux vagues, il faut se contenter d'abord d'ouvrir la mastoïde ; et si, au bout de quarante huit heures, les accidents ne s'amendent pas, aller résolument à la recherche du foyer intra-crânien en se servant de la voie déjà ouverte.

BERGER adopte absolument cette manière de voir. Si, par la brèche crânienne, il se produit un encéphalocèle traumatique il ne lui applique aucun traitement particulier ; généralement, au bout de quelques semaines, l'encéphalocèle se réduit de lui-même et se cicatrice avec les parties molles.

D'une façon générale les chirurgiens qui prennent part à la discussion, ROUTIER, SCHWARTZ, LUCAS CHAMPIONNIÈRE, sont d'avis qu'en présence d'accidents cérébraux survenant au cours d'une otorrhée, il faut d'abord trépaner l'apophyse mastoïde et attendre avant de pousser l'intervention plus loin.

II. — NEZ ET SINUS

Appareils métalliques de soutien du nez, par DELORME (du Val-de-Grâce (*Gazette des hôpitaux*, 17 janvier 1895).

Trois fois, Delorme a eu recours à ces appareils, une fois pour redresser un nez affaissé, dans deux autres cas pour des restaurations nasales nécessitées par des mutilations de la face par coup de feu. La méthode de Martin, toujours employée, n'a pas donné d'excellents résultats et mérite d'être perfectionnée. Dans un cas, l'auteur a observé une intolérance absolue, résultant du déplacement de l'appareil ; dans un autre, une intolérance relative et dans le dernier, une tolérance complète, mais avec couverture insuffisante. La fixité du trépied métallique n'est donc pas toujours absolue, même quand il a été primitivement bien assujéti ; il détermine des douleurs dentaires vives, enfin il peut être intoléré.

Son application est délicate et « les difficultés de cette dernière augmentent, lorsque les maxillaires supérieurs ont subi des déformations, des pertes de substance et que les parties molles du nez n'ont conservé ni leur étendue ni leur souplesse. » Dans ce but, l'auteur propose, avant l'opération, un traitement préparatoire consistant en massages de la peau du nez, en dilatations, débridements au niveau des cicatrices et des adhérences et une modification de l'appareil de Martin.

G. LAURENS.

Des affections du nez dans les maladies infectieuses, en particulier dans la diphthérie, par C. ZIEM, de Danzig (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 8, 1895).

Dans ce deuxième article sur le même sujet, l'auteur insiste sur la très grande fréquence, la constance presque de la participation du nez aux inflammations spécifiques, aiguës ou chroniques ; la diphthérie dans la première catégorie, la tuberculose dans la seconde, fournissent des chiffres indiscutables et doivent attirer l'attention sur une désinfection plus soignée de la cavité nasale. Nous trouvons, à ce propos, une critique assez bizarre de la sérumthérapie et de la statistique de Roux,

et cette conclusion inattendue que le plus grand progrès à faire dans la psychiatrie pratique serait d'établir les relations entre les affections cérébrales et nasales.

M. N. W.

Notice sur une forme de catarrhe consécutif au séjour sur le sommet du Ben Nevis, par CAMERON MILLER (*Brit. med. journ.*, 2 février 1895, p. 248).

Depuis onze ans une observation météorologique est établie au sommet du mont Ben Nevis et les militaires y sont détachés par groupes de trois, dont deux chargés des observations, le troisième du ménage. Chaque groupe y séjourne durant trois mois et l'absence de toute espèce de maladie est remarquable tant que dure le séjour à l'observatoire. Mais aussitôt descendus dans la plaine, les individus sont atteints, presque sans exception, de phénomènes rappelant en tous points ceux de l'influenza de moyenne intensité et durant de une à trois semaines. La même personne est atteinte chaque fois qu'elle a fait un nouveau séjour à l'observatoire; enfin, lorsqu'une personne simplement enrhumée monte à l'observatoire, elle contamine presque infailliblement tous les individus qui y séjournent, mais dans ce cas, le catarrhe contracté ne dure guère plus de 24 heures. L'auteur pense qu'il s'agit dans ce cas de l'absence presque complète de germes nocifs au sommet de la montagne, de sorte que la muqueuse pituitaire, renouvelée par un séjour de un à trois mois dans l'air pur, devient très vulnérable et ne défend plus l'organisme contre les germes qui abondent dans la plaine.

M. N. W.

Emploi des vapeurs iodoformiques dans le coryza et la bronchite descendante, par M. MAVREL (*Bulletin général de thérapeutique*, 23 décembre 1894).

Ce travail est la suite et le complément d'une étude sur l'action de l'iodoforme sur les staphylocoques (Communication à l'Académie de médecine). Dès 1888, Hajek avait décelé dans les mucosités du coryza aigu la présence constante du *staphylococcus albus*. L'auteur a repris les expériences du rhinologiste viennois. Comme lui, il est arrivé aux mêmes résultats. D'autre part, ayant étudié l'action de l'iodoforme sur les staphylocoques, il eut ainsi l'idée d'utiliser, ainsi que nous venons de le dire, cet antiseptique dans le coryza aigu et la bronchite descendante. Voici les conclusions du travail de M. Mavrel.

« 1° Les vapeurs iodoformiques, se dégageant du coton iodoformé, guérissent rapidement le coryza et préviennent la bronchite descendante. 2° Cette dernière affection est elle-même rapidement améliorée par ces mêmes vapeurs, quand, à l'usage du coton, on ajoute celui des pastilles iodoformées. 3° Ce même traitement rend également des services dans les coryzas arthritiques ; mais il est impuissant contre l'ozène. 4° Il me paraît utile de l'expérimenter contre la tuberculose des voies respiratoires. 5° Les vapeurs iodoformiques semblent agir, dans toutes les affections provoquées ou compliquées, par le *staphylococcus aureus et albus*. »

F. HELME.

Cas d'empyème du sinus maxillaire simulant la prétendue rhinite caséuse, par STRAZZA (*Bollet. delle malatt. dell'orecch.*, etc., février 1895).

Dans deux articles publiés antérieurement dans le même journal en 1891 et en 1893, S. a cherché à montrer que la prétendue rhinite caséuse ou cholestéatomateuse n'est qu'une complication d'un état suppuratif des fosses nasales ou des cavités annexes, favorisée par une sténose nasale. Il vient d'observer deux nouveaux faits qui viennent à l'appui de cette opinion.

Dans l'un, il s'agissait d'une malade de 28 ans qui, depuis trois mois, souffrait de la moitié droite de la tête, mouchait du pus et éprouvait de l'obstruction nasale à droite ; il y avait de ce côté une forte déviation de la cloison et une hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur ; de plus, dans le fond de la narine le stylet rencontrait une matière molle, fétide, d'aspect caséux dont on put retirer une grande quantité. La joue était légèrement tuméfiée et sensible à la pression au niveau du sinus maxillaire ; l'ouverture de ce dernier par la voie alvéolaire y fit découvrir la présence d'un peu de pus.

Chez une autre malade de 21 ans, les phénomènes étaient à peu près les mêmes ; mais ici, la sténose nasale était produite par la distension du sinus dont la paroi interne était refoulée du côté de la ligne médiane ; il existait, de plus, une nécrose de l'unguis et une fistule lacrymale.

Il s'agissait, évidemment, dans ces cas, de pseudo-rhinite caséuse, en admettant qu'il existe une rhinite caséuse vraie, à moins de supposer que les lésions du sinus et des parois osseuses étaient consécutives à l'accumulation des masses cholestéatomateuses dans la fosse nasale.

M. BOULAY.

III. — LARYNX ET TRACHÉE

Des accidents laryngiens simulant le croup. par BÉZY (*Presse médicale*, 2^e année, n° 40, p. 318, 6 octobre 1894).

Entre la laryngite striduleuse qui fait grand tapage mais peu de mal, et le vrai croup qui fait peu de bruit, au moins au début, mais tue souvent, il existe une affection dont les accidents laryngiens ressemblent à s'y méprendre à ceux du croup. C'est la laryngite simple avec tirage continu, dont B. rapporte cinq observations personnelles.

Avec Touchard, il admet qu'il s'agit d'une laryngite sous-glottique, ayant pour conséquence une obstruction du larynx, due au gonflement de la muqueuse, à l'accumulation de mucosités et aussi à un spasme d'un tirage continu.

Le diagnostic d'avec le croup se fait par le début brusque, par la conservation du timbre de la voix, par l'absence de fausses membranes dans la gorge. Ce dernier signe manque, il est vrai dans le croup d'emblée, mais, dans ce dernier cas, l'ensemencement sur sérum du mucus amygdalien, alors même qu'il n'existe pas de fausses membranes dans la gorge, permet de déceler en moins de vingt-quatre heures la présence du bacille diphthéritique.

M. L.

Kératose sous-cordale circonscrite, par MASUCCI. (*Bollet. delle malatt. dell' orecch.*, etc 1894, n° 8).

Un homme de 27 ans, guéri depuis deux ans d'une laryngite chronique qui avait exigé un long traitement, présentait de nouveau, depuis six mois, de la raucité de la voix. Il n'existait pour toute lésion qu'un petit nodule très dur, à surface hérissée d'aspérités blanchâtres, situé tout à fait à la partie antérieure de la corde gauche sur le bord inférieur de celle-ci. Enlevé à la pince, puis examiné au microscope, il se montrait constitué par un stroma de tissu conjonctif revêtu de cellules épithéliales pavimenteuses en grande partie cornéifiées, c'est-à-dire kératinisées et imbriquées. Examen bactériologique négatif. Il ne s'agissait ni de sclérome, ni de pachydermie, ni de ces épaisissements épithéliaux à couche périphérique cornéifiée comme on

en voit parfois dans les vieux polypes, mais bien d'un processus spécial dont on trouverait sans doute l'explication dans les recherches histologiques de Heymann à qui nous devons précisément quelques données sur la kératinisation de l'épithélium laryngé.

M. BOULAY

Injections intra-laryngées dans le traitement des maladies du larynx, de la trachée et des bronches, par A. BRONNR (*Lancet*, 28 avril 1894, p. 1062).

Le liquide habituellement employé par l'auteur est une solution de 5 à 20 % de menthol dans la paroline (huile minérale incolore et insipide obtenue par la distillation fractionnée du pétrole). C'est le liquide employé également dans la laryngite tuberculeuse, sauf dans les cas où il survient de l'irritation ; il substitue alors au menthol du gaiacol (2 % ou du salol 20 à 30 %) ou bien encore du baume du Pérou.

Dans les cas de laryngo-trachéite chronique ces injections sont très utiles. On peut employer une solution de nitrate d'argent de 1 à 5 % ou d'acide lactique de 5 à 30 %.

L'effet de ces injections est très marqué dans les bronchites fétides, l'odeur peut disparaître au bout de 20 à 30 injections. Des essais récents avec des solutions faibles de myrtol et d'oleum pimenté sont encourageants.

Pour les liquides énergiques seuls il est nécessaire d'employer le laryngoscope ; pour les autres, c'est inutile, et les malades peuvent même arriver à pratiquer les injections eux-mêmes.

C. W. DU BOUCHET.

Traitement de la toux nerveuse, par L. LICHTWITZ. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 18 novembre 1894).

L'auteur distingue, au point de vue pathogène, trois sortes de toux nerveuse :

1° La *toux nerveuse d'origine centrale* (chorée, tabes, hystérie.) Elle réclame un traitement général ; demi bains à 35° avec aspersion d'eau froide sur la nuque. Aux narcotiques, aux bromures, L. préfère la strychnine à hautes doses administrée suivant la méthode de Bouchard : donner d'emblée 6 milligrammes de sulfate de strychnine par jour et augmenter la dose de un milligramme tous les deux jours jusqu'à 9 milligrammes. Le traitement doit être fait par période de quinze jours, espacés

par une semaine de repos. Le massage, l'électricité sont des adjuvants utiles de cette médication.

2° *La toux d'origine périphérique* (irritation du nerf vague).

3° *La toux d'origine réflexe* (à point de départ auriculaire, nasal, utérin, etc.). Dans ces deux dernières catégories, on s'adressera directement à la cause première : extraction du bouchon cérumineux, enlèvements de polype du nez, guérison de cornets hypertrophiés, etc.

M. L.

Comment traiter la laryngite striduleuse grave des enfants ?

HUCHARD. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 38, 1^{er} décembre 1894.)

Il ne faut pas trop, dit M. Huchard, laisser s'accréditer cette opinion que la laryngite striduleuse des enfants, pseudo-croup de Guersant, est toujours une maladie bénigne. Trousseau avait déjà cité des cas où elle nécessitait la trachéotomie. Il rappelle trois faits qu'il a déjà publiés, puis il insiste sur la division qu'a établie M. Touchard, interne de M. Sevestre, dans sa thèse sur le sujet. Les faits rapportés par cet auteur se divisent ainsi : 1° Cas nécessitant la trachéotomie avec guérison. 2° Cas de mort parce que la trachéotomie n'a pas été faite. 3° Cas très grave où l'on a pu éviter la trachéotomie. 4° Cas où le tirage a existé, mais avec une intensité moindre des symptômes.

Après avoir rappelé brièvement les théories qui ont été proposées pour expliquer l'accident, M. Huchard établit que ce qui constitue le danger dans les cas graves ce n'est pas l'inflammation, c'est le spasme ; c'est contre lui qu'il faut lutter. Comment ? Par un traitement médical d'urgence, et, s'il y a lieu, par le traitement chirurgical. Ne pas trop compter sur les vomitifs dont on abuse, sur les traditionnels sinapismes ou les compresses d'eau chaude. S'adresser plutôt au bromure de potassium. Mais ce qui importe ici c'est la dose élevée du médicament qu'il faut d'emblée prescrire sans craindre les accidents toxiques. Suivre la médication pendant 5 à 8 jours. Dose : 4 à 5 grammes de bromure par jour chez un enfant de 4 ans et demi ; 1 gr. 50 pour un enfant de 21 mois. Tel est pour M. Huchard, le traitement médical d'urgence. Quant au traitement chirurgical, tout le monde le connaît, c'est le tubage ou la trachéotomie.

F. HELME.

Intubation du larynx dans le croup par la méthode d'O'Dwyer,
par A. BONAIN (de Brest). (*Semaine médicale*, n° 55, 3 octobre 1894.)

Cet article, publié quelque temps avant la vulgarisation en France de la sérumthérapie, constitue la revue la plus complète qui ait paru sur le sujet dans notre pays. L'auteur qui a été parmi nous le propagateur de la méthode d'O'Dwyer connaît admirablement le sujet et nul plus que lui n'était plus à même de fournir une vue d'ensemble bien au point de ce procédé si répandu à l'étranger.

Après la description des instruments et la technique de leur emploi, l'auteur recommande d'user de la boîte d'O'Dwyer qu'il utilise à l'exclusion de toute autre, puis il passe aux accidents et complications de la méthode. On peut les diviser en : 1° accidents opératoires : syncope, asphyxie ; 2° accidents pouvant survenir pendant le séjour même du tube dans le larynx : obstruction du tube par les fausses membranes, lésions du décubitus, gêne de la déglutition et difficultés de l'alimentation. L'auteur résume la symptomatologie de chacune de ces complications et, chemin faisant, il indique le moyen d'y remédier.

Puis il établit un parallèle entre la trachéotomie et l'intubation. Il ressort de sa consciencieuse et très complète étude, basée non-seulement sur sa grande expérience mais appuyée encore de l'autorité de quantités de patriciens tels que Bokai, Galatti, Gaughofner, etc., que le tubage est plus facile à pratiquer que la trachéotomie. D'autre part, toutes les statistiques tendent à démontrer qu'on obtient avec l'intubation de bien meilleurs résultats qu'avec la trachéotomie.

F. HELME.

CORRESPONDANCE

Le Mans, le 1^{er} juillet 1895.

MON CHER DIRECTEUR,

Dans le numéro des *Annales* qui vient de paraître, j'ai lu avec plaisir une lettre que M. le Pr Gradenigo vous a adressée et où il signale son « *Mémoire sur le traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë*, » publié, avec la collaboration de M. le Dr Pes, le 6 juillet 1894 dans le « *Giornale della Reale accademia di Medicina di Torino*, » à propos de ma communication faite à la « *Société française de laryngologie, otologie et rhinologie* » le 3 mai dernier. Mon travail que vous publiez dans le numéro de juin des *Annales*, est antérieur de plusieurs mois à cette communication, comme vous le savez. Ceci posé, je commence par déclarer bien haut que je n'ai soulevé aucune question de priorité ni dans mon travail ni dans ma communication. Je puis affirmer aussi que le mémoire de M. le Pr Gradenigo m'était totalement inconnu, non seulement à l'époque où j'ai commencé mes recherches à ma clinique, mais même jusqu'au 8 juin dernier, jour où j'ai reçu un exemplaire de ce mémoire que l'auteur m'avait aimablement envoyé.

Bien que le principe du traitement et son mode d'application soient de part et d'autre identiques, je dois signaler une petite erreur qui s'est glissée dans la lettre de M. le Pr Gradenigo. Le mémoire du savant maître de Turin a trait exclusivement au traitement de l'*otite moyenne aiguë* ; ma communication et mon travail n'ont pour objet principal que le traitement des *otites moyennes PURULENTES CHRONIQUES*.

C'est même cette chronicité, parfois désespérante, qui a été la cause des recherches que j'ai entreprises. Ce que j'ai publié n'est donc pas une copie mais bien plutôt le complément de la publication de M. le Pr Gradenigo, et si j'avais eu l'heureuse chance de connaître ses expériences, je me serais empressé de les signaler, comme je l'ai fait, du reste, pour celles de mes excellents collègues les Drs Lermoyez et Helme.

Enfin, je n'ai pas eu la prétention de présenter une méthode absolument neuve, et les travaux de Leschevin, Schwartz, Walb et Løwe m'étaient connus; mais on ne saurait cependant les comparer à ce qu'a écrit M. le P^r Gradenigo et à ce que j'ai écrit moi-même. Il ne suffit pas d'employer un procédé plus ou moins empirique pour créer une méthode, il faut que ce procédé dérive de principes bien établis, indéniables, tels que ceux qui nous sont fournis par l'antisepsie et l'asepsie en chirurgie générale.

Il y a quelques années on rappelait encore les accidents dûs au manque de propreté élémentaire d'un ancien otologiste; ceux qui voudront bien lire le long et savant mémoire de M. le P^r Gradenigo, l'étude approfondie de MM. Lermoyez et Helme, sans parler de mon modeste travail, pourront se convaincre que les temps sont changés.

Le conduit auditif est désormais un tube que l'on doit traiter avec le même respect et les mêmes précautions dont use le bactériologiste envers son tube à culture. Il en est de même pour la trompe d'Eustache.

En terminant, je tiens à remercier M. le P^r Gradenigo de m'avoir fourni l'occasion de lui témoigner tout l'intérêt que m'inspirent ses nombreux et remarquables travaux si connus et si généralement appréciés. C'est aussi pour moi une heureuse coïncidence d'être arrivé à des conclusions absolument semblables aux siennes, que je ne connaissais pas, sur un sujet des plus importants de la pratique otologique.

Telle est, mon cher Directeur, la réponse que j'ai cru de mon devoir de vous communiquer en vous priant de vouloir bien l'insérer dans le prochain numéro des *Annales*.

Veuillez agréer, avec tous mes sincères remerciements, l'expression de mes meilleurs sentiments bien dévoués.

Dr HAMON DU FOUGERAY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMÉRIQUE

Larynx et Trachée

F. M. Crandall. Croup pseudo-membraneux suivi de pneumonie. Mort après un intervalle extrêmement long. (*Arch. of pediatrics*, mai 1893).

Comptes rendus de la XIV^e réunion annuelle de l'Association laryngologique américaine, tenue à Boston les 20, 21 et 22 juin 1892. (Un vol. de 120 pages; D. Appleton and Co, New-York, 1893).

E. Harrison Griffin. Aphonie hystérique avec voix chantée parfaite. (*N. Y. med. journ.*, 20 mai 1893).

Burrell. Indications pour la trachéotomie et l'intubation. (*Boston med. and surg. journ.*, 6 avril 1893).

C. J. Jennings. Deux cas rares de trachéotomie. (*Arch. of pediatrics*, juin 1893).

H. W. Cardwell. Une épingle dans la trachée. (*N. Y. med. rec.*, 10 juin 1893).

W. D. Booker. Un cas de diphthérie laryngée. (*Amer. pediatric. soc.*; in *N. Y. med. journ.*, 1^{er} juillet 1893).

H. S. Wetherill. Retour de la voix après l'extirpation totale du larynx et des cordes vocales. (*Med. soc. of New-Jersey*, 27 juin; in *N. Y. med. rec.*, 8 juillet 1893).

W. D. Booker. Etiologie de l'inflammation primitive pseudo-membraneuse du larynx et de la trachée, avec remarques sur la diffusion des bacilles diphthériques dans les organes distants du siège de l'infection locale. (*Arch. of pediatrics*, août 1893).

H. F. Fisher. Tumeurs malignes du larynx. (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, juillet 1893).

Price Brown. Abscès du larynx. (*N. Y. med. rec.*, 12 août 1893).

M. J. Asch. Discours du président à l'ouverture du XV^e congrès annuel de l'« *American laryngological association* », le 22 mai. (*N. Y. med. journ.*, 29 juillet 1893).

M. Thorner. Corps étrangers des voies aériennes. (*N. Y. med. rec.*, 26 août 1893).

W. Peyre Porcher. Un cas de spasme glottique complet chez un adulte, suivi de perte de connaissance et d'un assoupissement prolongé. (*N. Y. med. journ.*, 26 août et 23 décembre 1893).

S. Kohn. Usage interne du calomel dans le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse. (*N. Y. med. rec.*, 19 août 1893).

A. Gavino. Traitement de certains cas de laryngite chronique. (Sect. of lar. and rhin. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 5 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

Price Brown. Un cas d'élongation de l'épiglotte, réduite par une opération. (Sect. of lar. and rhin. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 5 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

S. Solis Cohen. Affections de la gorge observées chez les gouteux. (Sect. of lar. and rhin. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 5 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

J. Finlayson. Paralysie du nerf récurrent laryngé chez un enfant par suite de son implication dans les glandes scrofuleuses. (*Arch. of pediatrics*, septembre 1893).

H. Holbrook Curtis. Effets des mauvaises méthodes de chant sur les organes vocaux. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 7 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893 et *N. Y. med. journ.*, 20 janvier 1894).

E. F. Ingals. Aphonie hystérique et surdité. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 7 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893).

S. E. Solly. Cas de laryngite tuberculeuse traités à Colorado Springs. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 9 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre et *Therap. gazette*, 15 novembre 1893).

T. Morris Murray. Cas d'ulcérations du larynx traités par la méthode de Krause. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 7 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893).

E. L. Shurly. Emploi des formates dans les ulcérations des membranes laryngée et pharyngée. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 7 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893).

D. Bryson Delavan. Les statistiques des opérations pratiquées pour le cancer du larynx. (*N. Y. med. journ.*, 14 octobre 1893).

F. Semon et D. Newman. De la métamorphose des tumeurs laryngées bénignes en tumeurs malignes après les opérations intra-laryngiennes. (*N. Y. med. journ.*, 2 juin 1894).

C. C. Rice. Corps étranger du larynx ou de l'œsophage. (*Arch. of pediatrics*, juin 1894).

C. Phelps. Un cas d'épithélioma du larynx. (*N. Y. med. journ.*, 23 juin 1894).

Bryson Delavan. Adresse présidentielle, (16^e réunion annuelle de l'Amer. lar. assoc., Washington, 30 mai 1894).

E. M. Shields. Extraction d'un insecte du larynx, (16^e congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 31 mai 1894).

C. H. Knight. Trois cas de néoplasmes du larynx, (16^e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 31 mai; *N. Y. med. journ.*, 1^{er} décembre 1894).

A. A. Bliss. Deux cas de néoplasmes malins du larynx, (16^e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 31 mai; *N. Y. med. journ.*, 10 novembre 1894).

H. L. Swain. Un cas intéressant de laryngectomie par une nouvelle méthode, (16^e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 31 mai; *N. Y. med. journ.*, 13 octobre 1894).

F. J. Knight. Nodules des chanteurs, (16^e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 1^{er} juin ; *N. Y. med. journ.*, 1^{er} décembre 1894).

J. W. Gleitsmann. Importance du diagnostic précoce des tumeurs malignes de la gorge, (16^e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 1^{er} juin ; *N. Y. med. journ.*, 18 novembre 1894).

W. Peyre-Porcher. Gorges neurasthéniques, (16^e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 1^{er} juin 1894).

E. F. Ingals. Kyste du larynx, (16^e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 1^{er} juin 1894).

C. H. Knight. Un cas de kyste de l'épiglotte. (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

F. E. Hopkins. Un cas remarquable de tuberculose laryngée. (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

W. H. Carmalt. Extirpation du larynx. (Amer. surg. ass., 31 mai ; in *N. Y. med. rec.*, 21 juillet 1894).

J. H. Prior. Observation d'un cas d'œdème sus-glottique sans cause apparente. (*N. Y. med. rec.*, 28 juillet 1894).

E. F. Ingals. Kyste du larynx guéri par des injections d'acide carbonique ; observations de mycosis pharyngien et amygdalien. (*N. Y. med. journ.*, 1^{er} septembre 1894).

J. Wright. Quelques remarques sur la récente littérature laryngologique et rhinologique. (*N. Y. med. journ.*, 22 septembre 1894).

F. S. Crossfield. Tuberculose du larynx et du pharynx. (*N. Y. med. journ.*, 29 septembre 1894).

A. W. de Roaldès. Un cas de corps étranger (morceau d'or) engagé dans les ventricules du larynx. (*N. Y. med. journ.*, 27 octobre 1894).

H. S. Birkett. Un cas de sarcome subcordal à cellules enlevé par la thyrotomie. (*N. Y. med. journ.*, 17 novembre 1894).

L. C. Armstrong. Graine de melon d'eau extraite au bout d'une semaine de la trachée par la trachéotomie. (*St-Louis Weekly med. review*, 3 novembre 1894).

Pusey. Communication sur 107 cas d'intubation. (Amer. Pract. and News, 6 octobre 1894).

L. Hauck. Intubation. (*St-Louis, med. and surg. journ.*, décembre 1894).

W. E. Casselberry. Arthrite déformante du larynx. (*N. Y. med. journ.*, 14 octobre 1893).

J. C. Mulhall. Laryngite hiémalis. (*N. Y. med. journ.*, 14 octobre 1893).

W. Scheppegegrell. Aphonie hystérique. *Med. news*, 16 septembre 1893).

W. H. Daly. Administration interne du calomel dans le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse. (*N. Y. med. record*, 28 octobre 1893).

C. Edison et H. M. Biggs. Le croup membraneux est-il contagieux ? (*N. Y. med. rec.*, 11 novembre 1893).

J. Solis Cohen. Voix pharyngée : présentation d'un malade parlant sans larynx et sans se servir des poumons. (*N. Y. med. journ.*, 11 novembre 1893).

Grayson. Guérison spontanée d'une laryngite tuberculeuse ulcéreuse. (*Med. news*, 4 novembre 1893).

W. Scheppegegrell. Tumeurs non malignes du larynx. (New Orleans, med. and surg. journ., novembre 1893).

R. J. Stanton. Observations de 70 cas d'intubation. (*N. Y. med. rec.*, 35 novembre 1893).

H. S. Straight. Un cas d'aphonie due à une rhinite hypertrophique. (*N. Y. med. rec.*, 25 novembre 1893).

G. M. Lefferts. Intubation chez l'adulte. (*N. Y. med. journ.*, 9 décembre 1893).

J. Mount Bleyer. Observation montrant comment un tube à intubation perdu fut retrouvé au moyen d'une sonde électrique. (*N. Y. med. rec.*, 16 décembre 1893).

J. H. Bryan. Quelques-unes des manifestations de la syphilis des voies aériennes supérieures. (*N. Y. med. journ.*, 16 décembre 1893).

C. G. Kerley. Un cas de laryngisme striduleux. (*Arch. of pediatrics*, janvier 1894).

R. P. Lincoln. Réapparition d'un autre côté d'une tumeur laryngienne (papillôme) dans un cas rapporté précédemment sous le titre d'« Evulsion d'une tumeur du larynx qui récidiva 22 ans après son ablation par la laryngotomie » avec l'analyse de 34 cas. (*N. Y. med. journ.*, 30 décembre 1893).

Hubbard. Laryngectomie pour un épithélioma du larynx. (*N. Y. acad. of med. sect. of lar. and rhin.*, 27 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

W. H. Park. Carcinôme du larynx. (*N. Y. acad. of med. sect. of lar. and rhin.*, 27 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

J. Mount Bleyer. Microphonographe modifié. (*N. Y. acad. of med. sect. of lar. and rhin.*, 27 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

W. A. Dickey. Croup membraneux. (*St-Louis Weekly, med. review*, 27 janvier 1894).

W. Hailes. Intubation laryngienne compliquée. (*Med. soc. of the state of New-York*, 6 février; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

W. M. Seward. Un cas d'intubation du larynx présentant un intérêt exceptionnel, avec quelques remarques sur le traitement de cette catégorie de cas. (*N. Y. med. journ.*, 3 mars 1894).

J. Wright. Quelques remarques critiques sur la récente littérature laryngologique et rhinologique. (*N. Y. med. journ.*, 24 février 1894).

T. M. Stewart. Laryngite chez la femme. (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, janvier 1894).

Cheatham. Œdème aigu du larynx; intubation. (*Med. and surg. reporter*, 3 mars 1894).

Irwin. Laryngite striduleuse consécutive à une blessure du bras par une balle. (*Med. and surg. reporter*, 27 janvier 1894).

E. R. Heard. Une méthode simple pour introduire des tiges métalliques dans les voies aériennes supérieures. (*N. Y. med. rec.*, 17 mars 1894).

J. O'Dwyer. Etat actuel de l'intubation dans le traitement du croup. (*N. Y. med. journ.*, 18 mars 1894).

C. H. Knight. Un cas de kyste de l'épiglotte. (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

NOUVELLES

Un des otologistes les plus éminents de l'Allemagne, le Professeur Moos, vient de mourir le 16 juillet, à Heidelberg, à l'âge de 64 ans.

Moos s'était tout particulièrement consacré à l'étude de l'anatomie pathologique de l'oreille. Ses recherches sur les lésions scarlatineuses et diphthéritiques de l'oreille interne, ses travaux sur la circulation du tympan sont connus de tous. Il dirigeait avec le Dr Knapp, de New-York, le *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*.

La IV^e session du Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, se tiendra à Clermont-Ferrand, à la fin de septembre 1896. Les communications doivent être adressées au Dr E. Fretet, à Rogat (Puy-de-Dôme).

Le Dr Erskine a été nommé *lecteur d'otologie* à l'Ecole de Médecine de Glasgow.

Les résolutions suivantes ont été prises à la 6^e réunion des *Oto-laryngologistes belges* tenue à Bruxelles le 18 juin 1895.

1^o Il est créé une Société belge d'oto-laryngologie ;

2^o Elle se réunira en une assemblée solennelle annuelle où des questions déterminées seront mises à l'ordre du jour avec nomination de rapporteurs chargés de les présenter. Quelques réunions secondaires auront lieu pendant l'année pour avoir l'occasion de se montrer des malades et d'étudier leurs cas ;

3^o Toutes les réunions auront lieu à Bruxelles dans un local de l'Université ;

4^o On élira un président, non rééligible l'année suivante, un secrétaire et un trésorier ;

5^o Une commission composée des anciens présidents est chargée de faire un projet de statuts.

6^o Ont été nommés pour cette année : *Président* : DELIE ; *Secrétaire* : BUYS ; *Trésorier* : CHEVAL.

Dans sa dernière séance, la *Société de Laryngologie de Berlin* a décidé d'adopter la Nomenclature anatomique dressée par le Congrès d'anatomie de Bâle.

Le 24^e Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences s'est tenu à Bordeaux du 3 au 10 août.

Le Dr Chiucini, de Rome, se proposant de publier un travail aussi complet que possible sur les *abcès du cerveau et du cercelet provoqués par des otites moyennes purulentes*, prie ceux de ses confrères qui auraient fait paraître des études sur ce sujet ou qui posséderaient des observations inédites de bien vouloir les lui communiquer. Le Dr Chiucini serait particulièrement désireux de connaître les *études expérimentales* entreprises sur ce sujet, et il adresse ses remerciements anticipés aux confrères qui voudront bien lui répondre à l'adresse ci-après : Dr G. Chiucini, 23, via Genova à Rome.

Le Dr O. Frankenberger vient d'être nommé docteur de *laryngo-rhinologie* à l'Université Tchèque de Prague.

La Faculté de Médecine de Cagliari (Sardaigne) a décidé de demander au Ministre l'Institution d'une chaire d'*Oto rhino laryngologie* afin de faciliter aux étudiants du pays l'étude de ces spécialités.

Le Prof. Grazi nous prie d'annoncer que tous les *chemins de fer Italiens* feront aux Congressistes se rendant à Florence des réductions de prix proportionnées à la distance, à partir de la frontière Italienne.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

De l'actinomyose humaine à Lyon, par A. PONCET (Extrait de la *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, avril 1895).

Bulletin de la Société de médecine de Rouen (2^e série, Vol. VIII, Rouen, 1895).

Sclérose linguale superficielle et leucokératose ; leur traitement par les pulvérisations d'eau minérale, par P. BÉNARD (Extrait des *Annales de la Soc. d'hydrologie*, 1895).

Compte rendu statistique de la Section Otoiatrice de la Polyclinique générale de Turin pendant 6 ans, du 1^{er} juin 1889 au 31 mai 1893, par G. GRADENIGO (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, fasc. 3, juillet 1895).

Traitement des épaissements de la cloison des fosses nasales. Scies et trépan électriques, par P. LACROIX (Broch. de 62 pages, H. Jouve, éditeur, Paris, 1895).

Contributions à l'étude de la laryngite chronique pachydermique par J. HABERMANN (Tirage à part du *Zeits. f. Heilk.* Bd. XVI. 1895).

Congrès International de Bains de Mer et d'Hydrothérapie marine. Première session, Boulogne-sur-Mer. 1894. Comptes rendus et mémoires (Un vol. de 396 pages, G. Masson, éditeur, Paris, 1895).

Comptes rendus de la Société Berlinoise de laryngologie (Vol. I, II III et IV, années 1889-90, 1890-91, 1891-1892, 1893, Berlin, 1894).

Rapport adressé à M. l'Inspecteur d'Académie, directeur de l'Enseignement primaire du département de la Seine, sur la fréquence des tumeurs adénoïdes dans les écoles de la ville de Paris, par J. BARAUX (Broch. de 31 pages, Impr. A. Davy, Paris, 1895).

Policlinique de Toulouse. Maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles. Revue statistique pour l'année 1894, par L. LACROIX (Suppl. au n^o de mai 1895 des *Annales de la policlin. de Toulouse*).

Diagnostic des maladies des sinus accessoires et leur traitement, par R. C. MYLES (Extrait de *The New-York, policlinic*, février et mars 1895).

Le Gérant : G. MASSON.

